

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-MARIE LASSUS

Né à Puilaurens (Aude), le 3 Mai 1889

Travail du Service de M. le Professeur agrégé RIBIERRE

CORVISART

ET

LA CARDIOLOGIE

Président : M. MENÉTRIER, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

318

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

318

THE

THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-MARIE LASSUS

Né à Puilaurens (Aude), le 3 Mai 1889

Travail du Service de M. le Professeur agrégé RIBIERRE

CORVISART

ET

LA CARDIOLOGIE

Président : M. MENÉTRIER, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OM BRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE.	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
FOIX	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma grande
affection et de ma vive reconnais-
sance.*

A MA FEMME

*Dont la tendre affection m'a été un
précieux soutien dans mes étu-
des.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

Sentiments affectueux.

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES
DU 142^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE
DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail.

*En témoignage de reconnaissance
pour la bienveillance qu'il m'a
toujours manifestée.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

ET DE LA CHIRURGIE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a toujours réservé l'accueil
le plus cordial et m'a fait le très
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR LOUIS ROULE
PROFESSEUR AU MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE

*Avec l'assurance de ma respectueu-
se et profonde reconnaissance
pour l'intérêt qu'il m'a toujours
témoigné.*

A M. LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE

CHEF DES TRAVAUX D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont les conseils me furent si précieux
durant le cours de mes études.*

*Humble témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR P. DELBET
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBRÉ
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAMPY
CHEF DE LABORATOIRE A L'HÔPITAL BROCA

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

M. LE DOCTEUR MACÉ
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ DE L'HÔTEL-DIEU

M. LE DOCTEUR DE MASSARY
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

M. LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT
MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

A M. LE DOCTEUR CALBET

MÉDECIN-CHEF DE L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTES

*En remerciement pour les conseils
qu'il m'a prodigués pendant mes
quatre années d'internat.*

A MON AMI

LE DOCTEUR L. PELLISSIER

*Qui m'a guidé si cordialement dans
mes travaux.*





J.-N. CORVISART

(1755-1821)

Premier Médecin de S. M. l'Empereur et Roi
Officier de la Légion d'Honneur, Baron de l'Empire

Introduction

La médecine officielle, la France et le monde entier viennent de consacrer, il y a quelques mois, un hommage solennel à la mémoire de Laënnec, après avoir laissé dans l'oubli un autre centenaire, celui du vulgarisateur, on pourrait dire de l'inventeur de la percussion : l'illustre Corvisart.

Et cependant, cette glorieuse renommée si juste, si méritée, Laënnec ne la doit-il pas en partie à son maître ? N'oublions pas, en effet, que Laënnec, dès son arrivée à Paris, en avril 1801, court se faire inscrire à l'Ecole de Santé nouvellement fondée ; il va suivre les leçons de Corvisart, du maître qui venait de rénover l'enseignement de la clinique, qui, dédaignant les dissertations philosophiques et les discussions théoriques en honneur à l'école, s'astreignait à l'observation exacte et à l'étude rigoureuse des faits. Et plus tard, Laënnec dans son « Traité de l'Auscultation » ne dira-t-il pas lui-même que Corvisart avait déjà essayé d'ausculter très près de la poitrine ? (1).

(1) LAENNEC. — Traité de l'auscultation.

Néanmoins, il semble que le génie de Laënnec ait complètement effacé la gloire de son maître Corvisart. Sans doute, depuis plusieurs années, l'homme a été étudié dans une série de travaux ; mais peu de biographes ont insisté sur la valeur du clinicien ; beaucoup n'ont vu en lui que « Le premier Médecin de Sa Majesté l'Empereur et Roi ». Seul, le Dr Hechemann, son compatriote Ardennais, a bien mis en relief le rôle du médecin, mais nous a surtout montré les grands progrès qu'il fit faire à l'étude des affections thoraciques, en propageant et en perfectionnant la percussion découverte quelques années auparavant par Avenbrügger.

Or, il nous a paru que ses titres étaient plus grands encore d'avoir, en quelque sorte, créé la Cardiologie clinique.

Peut-être la pathologie cardiaque n'est-elle pas sortie tout armée de son « Essai-sur les maladies du Cœur et des gros vaisseaux » et sans doute encore l'œuvre de Laënnec fut-elle, d'un seul coup, plus complète, au point d'être presque parfaite.

Aussi bien, n'est-il pas question d'établir un parallèle entre un Corvisart et un Laënnec. Nous avons simplement voulu saisir l'occasion de montrer qu'à côté de l'inventeur de l'auscultation, il y a certainement une place enviable pour celui qui « lança », peut-on dire, la percussion ; et si Laënnec est plus particulièrement le « patron » des phthisiologues actuels, Corvisart n'est-il pas le père de la Cardiologie française ?

Nous montrerons plus loin qu'il jeta en effet les bases de cette branche nouvelle de la pathologie médicale — et

c'est essentiellement à l'étude de Corvisart cardiologue que nous désirons consacrer ce modeste travail.

Mais il nous faudra bien camper — brièvement d'ailleurs — l'homme, avant d'étudier le médecin ; et, à la lueur des travaux connus et de quelques recherches personnelles, nous nous efforcerons de dégager les traits principaux du caractère de Corvisart : peut-être comprendrons-nous mieux alors qu'il ait pu faire œuvre neuve et fouler des sentiers non battus.

Dans un autre chapitre, nous étudierons rapidement encore les grandes étapes de la cardiologie de l'antiquité à l'époque de Corvisart.

Une mention spéciale sera faite de ceux qui furent ses précurseurs immédiats, Sénac et Portal, et nous verrons en quoi ils ont montré la voie à Corvisart, en quoi celui-ci les a dépassés de loin.

Nous consacrerons ensuite une courte notice à l'emploi de la percussion, tel que Corvisart le reçut d'Avenbrügger et le vulgarisa, sans insister d'ailleurs, car cette étude déjà faite déborde le cadre de notre sujet.

C'est en effet à l'analyse du « Traité des maladies organiques du Cœur » que nous consacrerons l'essentiel de ce travail : chapitre par chapitre, nous verrons Corvisart séméiologiste, clinicien, anatomo-pathologiste rassembler les premiers matériaux sur quoi se fondera la Cardiologie. Nous tâcherons de faire la part des erreurs inévitables dans l'état des sciences à la fin du XVIII^e siècle, la part des vérités cliniques dont beaucoup ont cours encore aujourd'hui.

Il nous restera à situer brièvement Corvisart dans

l'histoire des maladies du cœur. Tâchant de démêler ce qu'il doit à ses devanciers, ce qu'il laisse à ses élèves, nous verrons que sa place est de premier plan, et que de lui date vraiment la clinique cardiologique.

Sans faire une fois de plus la biographie du médecin de l'Empereur, ni célébrer simplement le praticien aux diagnostics impeccables, nous tenterons ainsi de dégager son mérite essentiel, qui est d'avoir créé la clinique des maladies du cœur, mérite un peu trop oublié peut-être, puisqu'on a pu dire, à juste titre, croyons-nous, que Corvisart avait fait pour le cœur ce qu'avait fait Laënnec pour le poumon.

Les grands Traits du Caractère de Corvisart

Il ne nous paraît pas inutile de saisir dans l'histoire de la vie de Corvisart ce qui peut éclairer son caractère et expliquer l'esprit nouveau qu'il insuffla à la jeune école médicale, méthode bien connue des critiques littéraires qui font le tour de l'œuvre en partant de l'homme « *du dedans vers le dehors* », comme dit le jargon des esthètes actuels.

Ne nous attardons pas à refaire une biographie de Corvisart, que d'autres ont déjà retracée. Il importe seulement de mettre en valeur les grands traits du caractère de notre homme : ils nous feront mieux comprendre son œuvre.

Il se peut, d'ailleurs, que le tourbillon des événements de la Révolution, que l'envol des idées neuves, que le goût et la nécessité des improvisations aient influé sur un Corvisart mécontent de l'enseignement reçu et persuadé de l'insuffisance ou des erreurs de la médecine de son temps.

Pourtant, il suffit de comparer quelques dates pour se persuader qu'il n'est pas un homme de la Révolution :

il l'a traversée ; elle ne l'a pas fait de toutes pièces comme tant d'autres, et son esprit novateur, son scepticisme, il les affichait dès l'année 1782, où il présente ses thèses de licence ou encore en 1785, quand il donne, pour devenir D^r Régent, une thèse intitulée suggestivement : « *Les agrémens de l'étude de la médecine et les désagréments de la pratique* ».

Nourri aux dogmes médicaux classiques transmis par un XVIII^e siècle improductif, il en aperçoit d'emblée l'insuffisance ; il observe, il se fait des opinions propres et quand le renouvellement de tous les rouages sociaux au souffle de la Révolution lui donne la liberté de jeter bas les cadres établis, il affirme sa personnalité et fonde la médecine clinique à l'aurore du XIX^e siècle.

Les grands traits du caractère de Corvisart aident à comprendre qu'il n'ait pu se contenter des pratiques médicales pour lors usitées et fondées encore sur les doctrines hippocratiques.

Le sens critique, l'indépendance, le don d'observation, le scepticisme : voilà les quatre traits saillants de son caractère. On les retrouve à tout moment de la vie de Corvisart.

Le sens critique. — Il nous semble que le sens critique ait été la qualité essentielle de notre auteur. Il n'en fit pas montre de bonne heure, on le sait, et ses biographes ont dépeint l'enfant maussade, taciturne qui « *écoute et réfléchit plutôt qu'il ne montre son savoir* » (Hechemann). Peut-être est-ce en écoutant et en réfléchissant dès le temps du collège qu'il se fit des idées bien

à lui, et peut-être apprit-il ainsi dès l'enfance à juger, à l'âge où l'on se contente d'ordinaire d'apprendre sans discuter.

Notons, chemin faisant, qu'un tel sens critique, il ne le tenait pas de son père : Maître Pierre Corvisart, procureur au Parlement, fêru de peinture « *ne se connaissait guère mieux en hommes qu'en tableaux* » ; il se ruinait en toiles sans valeur et s'obstinait à vouloir que son fils prît sa profession.

Le fils s'échappa de l'étude paternelle, la vocation médicale lui étant venue, dit-on, après avoir assisté aux leçons de Desault et d'Antoine Petit, les plus brillants professeurs de l'époque.

Déjà son sens critique va s'exercer : il ne choisit pas ses maîtres à la faculté, dont l'enseignement est devenu insuffisant et suranné ; d'emblée, il va dans les hôpitaux à la recherche de ceux qui le mettront en contact avec la réalité clinique : Desault, A. Petit, Desbois de Rochefort. Il est attentif aux démonstrations anatomiques de Louis Bucquet, de Vicq d'Azyr ; il suit les cours de Portal.

Il semble que c'est Desbois de Rochefort qui lui avait donné le goût de l'observation médicale, qui lui ait aussi fourni l'occasion d'exercer ses dispositions critiques dans les entretiens familiers où, avec ses élèves, ce bon médecin discutait diagnostics et médications.

Corvisart a 27 ans quand il devient licencié en médecine, en 1782, et l'une de ses thèses affirme cet esprit critique dont il ne se départira plus : elle se propose d'étudier si « *la pléthore suffit pour produire l'évacuation menstruelle* » et l'on voit Corvisart mettre en doute les

théories mécaniques trop simplistes, couramment adoptées.

Devenu Docteur Régent, c'est encore après avoir présenté un travail frappé au coin de l'examen critique. Le titre seul nous en est parvenu : « *Les agrémens de l'étude de la médecine et les désagréments de la pratique* » ; nous y devinons cependant les premières déceptions d'un Corvisart tâchant de tirer parti des enseignements reçus, et s'efforçant de démêler les causes de ce désaccord entre théorie et pratique.

Et, dans le cours de sa vie, son sens critique avisé se retrouvera. Qu'il traduise Stoll ou Avenbrügger, qu'il rédige son « *Traité des maladies du Cœur* », il commente, discute, balaie les sornettes léguées par la tradition, réfute avec logique les erreurs, laisse en suspens les points douteux et confesse, quand il y a lieu, son ignorance. Pareillement, il désire vérifier sans cesse le bien-fondé de ses assertions et il confronte la trouvaille d'autopsie aux symptômes notés sur le vivant : c'est une méthode critique par excellence que cette méthode anatomo-clinique.

Mais que servirait un esprit critique sans aucun bon sens ? Corvisart possédait cette qualité au plus haut point ; et si ses diagnostics, par leur assurance, semblaient à ses élèves tenir du merveilleux, c'est grâce à l'union de ces deux qualités maîtresses.

Les exemples que l'anecdote a transmis sont innombrables.

On se souvient de cette consultation qu'il eut avec Boyer chez un malade souffrant de l'estomac. « C'est un

catarrhe, dit Boyer. — Non, c'est un squirrhe, riposte Corvisart ; voyez ce teint plombé, voyez cette maigreur ! »

Et encore l'histoire de la vessie d'un vieux sénateur : le malade est sourd, Corvisart et son ami Dubois explorent sa vessie et s'expliquent en toute liberté : « Tiens, un calcul ! s'écrie Dubois. — Est-il gros ton calcul, demande Corvisart ? — Un atome, répond Dubois, gros comme une noisette, rond comme elle, et je le crois seul ! — Belle affaire ! poursuit Corvisart, et comment veux-tu que cet imperceptible gravier soit la cause unique de tout ce que nous voyons : cette maigreur, cette émaciation déjà si avancée, ce dépérissement si rapide des organes... cherche bien, tu dois trouver un fungus, un ulcère, qui rendra compte de tant de désordres et même de ton calcul... »

Frappé de ces réflexions, Dubois continue à promener la sonde. Tout à coup, il s'arrête et s'exclame : « Tu avais raison ! je trouve un corps moelleux et charnu, c'est ton fungus ».

Triomphe du bon sens et de l'esprit critique.

L'indépendance. — Des sentiments innés d'indépendance permirent à Corvisart de mettre en pratique ses qualités, sans s'occuper de l'opinion, et surtout sans se laisser assujétir à rien. C'est un des points où tous ses historiographes s'accordent et l'on insiste toujours sur la dignité, la liberté, l'indépendance qu'il sut garder envers l'Empereur. Celui-ci ne l'en appréciait que davantage, encore que parfois Corvisart ait peut-être dé-

passé la mesure — si l'anecdote est vraie qui le représente, au lendemain de la naissance du roi de Rome, rappelant à Napoléon la route parcourue de Brienne à l'Empire et le suppliant de ne pas forcer la fortune.

Là encore, d'ailleurs, on se trouve peut-être devant une mentalité que les mœurs contemporaines avaient aidé à développer, à moins qu'on ne préfère penser que cet air d'indépendance, voir même de fronde, est bien un air de France. A dire vrai, Corvisart plus que tout autre, était désireux de pareille liberté. Peut-être tient-il ce goût de l'époque où son père l'envoyait, tout enfant, amorcer quelques bribes d'études chez son oncle curé et où, à défaut de latin, il faisait acquisition d'une robustesse, d'une adresse et d'habitudes de vie sans contrainte qu'il devait toujours conserver.

Et voici encore la même indépendance quand, délibérément, il fuit l'étude paternelle pour venir, sans pécune et sans aide, s'enfermer à l'Hôtel-Dieu et s'initier à l'art médical.

Comment ne pas rappeler aussi l'un de ses plus beaux traits, lorsque Corvisart, en possession déjà de tous ses talents et pourtant en pleine misère, refuse le poste de médecin offert par Mme Necker dans l'hôpital qu'elle vient de créer. Il fallait se soumettre, au gré de la dame, à porter perruque à marteau. Corvisart se passera de situation, mais il refuse de porter perruque sur commande.

L'homme qui avait pareille trempe, quand il avait quelque chose à dire, pouvait exprimer sa pensée sans faire aucune concession aux opinions ni aux personnes

régnantes. Même quand son avis était formellement opposé aux doctrines médicales alors en vigueur, il ne craignait pas d'innover, dût-il même s'attaquer à des personnalités comme Portal.

D'ailleurs, il faut noter qu'il ne fut pas agressif et sut concilier cette indépendance d'allure et de langage avec une modestie louable ; chaque fois qu'il avance quelque idée ou quelque fait nouveaux, il prend la peine de discuter et, en dernier ressort, tente toujours de prouver qu'il a raison en se fondant sur des observations, soit cliniques, soit anatomiques. Aussi n'eut-il pas à soutenir de polémiques vives comme un Laënnec ou comme un Bichat. Il ne se dresse pas en face de lui un Broussais prêt à prendre le contre-pied de toutes ses hypothèses ou de toutes ses assertions.

Indépendant, il va être quasi universellement admiré et imité. Corvisart domine son temps, n'est guère discuté et, maître incontesté, il va compter parmi ses élèves tous ceux qui laisseront un nom, et souvent un grand nom, dans la médecine française du XIX^e siècle commençant.

De sorte que, s'il doit beaucoup à ceux qui l'ont formé, et surtout à Desbois de Rochefort, il reste avant tout un indépendant, un isolé, un novateur, tandis que chef d'école, il est l'animateur de la pléiade de jeunes médecins qui vont à sa suite bâtir les moules dans lesquels notre médecine clinique est encore coulée.

Le don d'observation. — Mais pour que le sens critique et l'indépendance d'un Corvisart lui aient permis

de transformer la médecine doctrinale et traditionnelle en médecine clinique, il a fallu que cet homme fût servi par un don d'observation exceptionnel. C'est ici le lieu, par anticipation, d'insister sur ce que Corvisart est vraiment le premier qui ait demandé à ce que les sens fussent employés dans l'examen et le maniement des malades. Il n'est pas loin le temps où Fagon rendait des oracles du fond de sa chaise à porteurs, et où la Faculté ne jugeait que sur les seuls troubles fonctionnels accusés par les malades.

Sénac, précurseur de Corvisart, ne connaissait guère qu'un signe physique en matière de maladie du cœur : à savoir l'état du pouls.

C'est vraiment Corvisart qui, le premier, dressa ses élèves à ces méthodes d'examen devenues banales aujourd'hui et où l'inspection guettait la moindre altération dans le visage, la marche, la respiration, la parole, tandis que la main palpait et percutait.

Voilà une innovation dont nous ne pouvons sentir le prix qu'en réfléchissant à ce que pouvaient être les moyens d'exploration avant Corvisart ; ils étaient nuls, et Sénac, quand il décrit peu d'années avant lui les signes des maladies du cœur, énonce bien des symptômes fonctionnels, mais faute de connaître un seul signe physique, avoue son impuissance diagnostique, et ne débrouille pas les cardiopathies organiques des autres affections thoraciques.

Tous les panégyristes de Corvisart, et ceux de son temps qui le virent à l'œuvre, ont été frappés de ces habitudes nouvelles d'observation qu'il exigeait. Pariset,

Ferrus, Bourdois de Lamothe, Cuvier l'ont noté ; et dans son excellente thèse, Héchemann a bien résumé leurs jugements... (1) « *Quand il examine un malade, rien ne lui échappe. Il ne s'attache pas seulement aux douleurs éprouvées, aux variations du pouls et de la respiration ; la moindre altération du teint, de la couleur des yeux, de celle des lèvres, les diverses intonations de la voix, la plus légère différence dans les muscles du visage, la transpiration et même les caractères de l'haleine fixent son attention...* »

Il est le médecin physionomiste par excellence. A plusieurs mètres d'un malade, en entrant dans la salle, il reconnaît l'affection.

Un jour, en voyant un portrait, il alla même jusqu'à dire : « *Si le peintre a été exact, l'original de ce portrait est mort d'une maladie du cœur* ». Et c'était vrai, ajoute Pariset.

Nous avons appris à nous défier souvent de ces « *diagnostics du pied du lit* », mais comme le disait notre Maître Ribierre, il n'est pas un vrai clinicien celui qui ne les porte pas d'abord dans un mouvement irréfléchi, pour ensuite les corriger au besoin après un examen plus attentif.

Nous verrons, en suivant pas à pas son ouvrage, que Corvisart s'est flatté avant tout d'être un observateur ; il y a réussi merveilleusement, et nous savons bien que c'est le bon observateur qui fait le bon clinicien.

C'est parce qu'il avait le don d'observer qu'il récla-

(1) Th. d'Héchemann, p. 26.

mait des signes nets et propres à chaque affection, bref, qu'il éprouvait le besoin d'une séméiologie.

Nous nous garderons d'épiloguer sur ces dons d'observation, pour en rechercher l'origine. On pourrait aisément les faire remonter aussi à son enfance campagnarde, pendant ses courses avec les petits villageois qui durent lui enseigner à observer mille petits détails qui échappent au citadin. On pourrait également les attribuer à son enfance studieuse quand, cloîtré au collège Sainte-Barbe, replié sur lui-même, taciturne, il surveillait minutieusement les faits et les gens autour de lui.

Il n'importe l'origine de ces talents, de cette vocation d'observation. L'essentiel est, qu'une fois étudiant en médecine, il la met en pratique pour l'examen de ses malades et que, désormais, il en fera la qualité maîtresse du médecin.

Il écrira lui-même, nous le verrons, que la médecine clinique repose tout entière sur l'observation et il ne se fera gloire que d'avoir rappelé cette vérité, connue sans doute des anciens, mais oubliée par la suite.

Rappelons qu'en forçant ses élèves à se servir de tous les moyens d'investigation offerts par leur sens pour épier les moindres signes chez leurs malades, Corvisart préparait la voie à ceux qui allaient inventer des modes plus perfectionnés d'exploration.

Le scepticisme. — Cette belle figure serait gâtée, aux dires de certains par un scepticisme foncié.

Cuvier l'en accusait au lendemain de sa mort : mais Cuvier, dans cet éloge de Corvisart, distille surnoise-

ment les perfides reproches. Il commence par lui faire grief : « Après avoir assez vivement désiré d'être admis à l'Académie des Sciences, de n'avoir presque jamais assisté à ses séances ». Inde ira...

Il l'accuse aussi explicitement de s'abandonner trop souvent aux dissipations et aux emportements de la joie : « il devenait le soir un homme de plaisir et ne voulait plus entendre parler ni de son art, ni de ses malades : disposition malheureusement trop commune parmi les hommes d'un génie ardent et qui a beaucoup diminué les services que M. Corvisart aurait pu rendre à la science ».

Voilà l'argument essentiel de cet éloge double face : Corvisart aurait pu rendre des services infiniment plus précieux que ceux qu'il a rendus, et Cuvier d'incriminer aussi son scepticisme et de déplorer jusqu'à l'épigraphe désabusée de son ouvrage « *hæret lateri lethalis arundo* ».

Mais tous les commentateurs de notre auteur ont fait justice des insinuations de Cuvier, et tout au contraire montré ce qu'avait de fécond ce scepticisme.

D'ailleurs, diverses anecdotes souvent citées et qu'on retrouve dans Cabanès, donnent la note juste : elles mettent aux prises un Napoléon d'un scepticisme radical en matière de médecine et un Corvisart dont le scepticisme sait pourtant défendre l'art médical devant les coups de boutoir de l'Empereur, en le comparant au besoin à l'art stratégique.

Son renom de sceptique vient surtout des boutades dont il était coutumier et qui, sous une forme imagée,

devaient à l'auditeur dépourvu de finesse — tel Cuvier — paraître d'une désinvolture suprêmement cynique.

Cuvier n'était pas fait pour apprécier l'esprit de fronde de ce Corvisart nourri aux moelles de Molière et de Voltaire.

Nous ne saurions mieux faire que reproduire ici la conclusion de Cabanès à ce sujet. « (1) *Est-ce à dire, comme d'aucuns l'ont prétendu, qu'il ne croyait pas à la médecine, et que ce brillant desservant de notre chapelle apportait un zèle peu empressé dans la pratique de son sacerdoce ? Ce scepticisme n'était en réalité, que de surface, et lorsqu'il avait l'occasion de s'expliquer là-dessous, il le faisait sans détours* ».

En effet, écoutons Corvisart nous affirmer lui-même, dans son « *Traité sur le Cœur* » qu'il croit en une médecine dont mille causes étrangères viennent sans cesse rendre l'exercice plus pénible. « *C'est ainsi qu'ajoutant aux difficultés réelles de la médecine, la société vient encore y mêler tout ce que ses passions, ses intérêts peuvent y apporter de complications, et répète ensuite cette inculpation surannée que la « Médecine est un art conjectural. Je pousserais trop loin cette digression si par récrimination je cherchais ce degré comparable d'incertitude, et même de charlatanisme dans la plupart des autres sciences et même des arts* ».

Et d'ailleurs, un enthousiasme béat serait-il nécessaire au grand médecin ? Ferrus écrivait déjà en manière

(1) Dans l'intimité de l'Empereur, p. 429.

de louange à Corvisart que « son esprit juste et supérieur savait douter ».

Savoir douter, voilà qui fait en quelque sorte partie des qualités de tous ceux qui ont brillé dans quelque science que ce soit, en particulier dans la science médicale.

Admirerons-nous celui qui croit tout savoir, accepte tout comme définitivement démontré, ou celui qui, tel Corvisart répète souvent cette vérité trop négligée :

« Ce que nous savons est bien peu de chose en comparaison de ce qui nous reste à apprendre ! » (1)

Rien n'est peut-être plus fécond en médecine qu'un certain scepticisme, car il incite à chercher sans fin de quoi satisfaire mieux l'esprit, comme disait notre maître Ribierre, dont la pointe de scepticisme caustique s'apparentait de près à l'esprit d'un Corvisart.

Au demeurant, il est un point où l'on ne reprochera pas à Corvisart d'avoir pêché par excès de pessimisme : c'est à propos de la thérapeutique cardiaque.

De son temps, l'on était quasiment désarmé : munis de préparations de digitale ou d'ouabaïne, pouvons-nous faire mieux que de retarder le terme fatal plus loin que Corvisart ?

Voilà en quoi se résoud en définitive le scepticisme de Corvisart : il se désolait, la maladie reconnue, de ne la point guérir.

Et l'on sait qu'il eut le triste privilège de reconnaître

(1) FERRUS. — Notice historique, p. 22.

ainsi l'affection qui le terrassait : un premier ictus lui en fit présager d'autres, sans les pouvoir empêcher.

Ce sceptique, à tout le moins, attendit l'apoplexie terminale avec stoïcisme, et elle vint en effet.

Mais, désabusé, incroyant, il allait être après sa mort l'objet d'une controverse de journalistes que nous croyons être le premier à noter.

« *Le Constitutionnel* » du 22 septembre 1821 relate les obsèques de Corvisart, le transport de la dépouille mortelle dans sa terre d'Athis, et ajoute que « *le corps n'a point été présenté à l'église conformément aux volontés expresses que le défunt avait exprimées dans son testament* ».

Or, le journal « *Les Débats* », le 20 et 22 septembre, prévenait, de son côté, que les cérémonies religieuses auraient lieu à Athis.

Enfin, le 23 septembre 1821, une lettre parvenait au Constitutionnel, par laquelle, maître Louis, avocat à la Cour royale, exécuteur testamentaire et ami de Corvisart remettait les choses au point : le sceptique Corvisart n'avait aucunement pris parti ; il déclarait, dans son testament « *s'en rapporter à la conscience de son ami Louis pour l'exécution de toutes ses dispositions sans excepter celles relatives à sa sépulture* ». Et l'avocat Louis, avait, en sa conscience, pris la décision de rendre au sceptique Corvisart les derniers devoirs religieux ; si bien que ce doux scepticisme qui, mal interprété, fit du point de vue médical quelque tort à Corvisart, ne manqua pas d'activer aussi quelques petites querelles autour de son cercueil.

Tels sont les grands traits de caractère de Corvisart : qu'on lui ait fait grief de son scepticisme, que son indépendance ait parfois confiné à la brusquerie, peu importe. C'est précisément à ses sentiments d'indépendance, à ce scepticisme souriant, ainsi qu'à ses dons de critique et d'observation, que Corvisart, nous semble-t-il, doit d'avoir été un novateur en médecine, ou, pour mieux dire, le rénovateur de la médecine au début du XIX^e siècle.

Les Précurseurs

Si nous voulons réaliser l'importance des travaux de Corvisart, peser à leur juste valeur les méthodes cliniques qu'il employa et les éclaircissements qu'il apporta dans l'étude des maladies du cœur, il n'est que de jeter un rapide coup d'œil sur les fondements mêmes de la Cardiologie avant Corvisart.

Certes, il n'entre aucunement dans notre plan de tracer, même à grands traits, une histoire de la Cardiologie. Il n'est question que de mieux éclairer les conditions dans lesquelles un Corvisart a pu jeter la base même de la Cardiologie.

En suivant, d'Hippocrate à Corvisart, le cours des siècles, l'on peut jalonner la route de « pierres blanches qui ont marqué les grandes étapes du progrès », suivant le mot de Lutembacher, et quatre époques vont de la sorte se différencier :

I. C'EST D'ABORD L'ÉPOQUE FABULEUSE : elle commence, dirons-nous, dans la « *nuit des temps* » et s'achève à Galien, le grand clinicien : époque fabuleuse puisqu'elle consacrait et célébrait « *la légende du cœur* », suivant la pittoresque expression de Potain et Rendu.

Le cœur, de fait, apparaissait un organe à part, quasi miraculeux, et les anciens ne portaient la main sur « *l'organe sacré* » que pour lui demander des oracles.

Une déférence semblable, confinant à la peur mystique, laissait subsister entier le mystère des fonctions du cœur : et voilà qui nous explique, sans doute, l'ignorance où l'on demeura tout particulièrement quant au rôle et aux maladies de cet organe.

C'est ainsi qu'avec Platon on se bornait à faire du cœur le centre de l'intelligence, des sentiments et des passions, de même qu'avec Arétée on situait au cœur le foyer de l'Âme et de la Force vitale.

Hippocrate lui-même n'avait que des idées fort confuses sur le rôle du cœur et cette confusion sera soulignée plus tard par Sénac. Le père de la Médecine croyait en effet, à un flux sanguin, irrégulier et même de sens contraire dans les artères et le cœur, « *source du sang* », « n'est rempli, dit-il, que par les écoulements d'une source principale qui est le ventricule » (1).

Hippocrate avait donc reconnu un « mouvement dans le sang ; il regardait le cœur comme la source d'où naît ce fluide, et n'ignorait pas que les artères sont alternativement en action et en repos, que le sang qui y est renfermé a un mouvement progressif, qu'il ne peut revenir dans les ventricules du cœur... » mais ce sont là « *des semences dont il n'a pas recueilli le fruit* » (2).

Quant aux lésions du cœur, il les connaît mal, et, en

(1) Cité in Sénac, Tome II, p. 4 (Traité de la Structure du Cœur Paris 1749).

(2) Cité in Sénac, p. 3.

tous cas, elles sont pour lui fatalement mortelles. Peut-être a-t-il, le premier, décrit la dilatation cardiaque, quand il parle d'un accident fréquent qu'il nomme « *prolapsus cordis ad latus* ». Ce cœur tombé sur le côté ne serait-il pas un cœur dilaté, repoussé sur le côté ? On peut se le demander, et Sénac serait prêt à le croire « *s'il ne craignait pas d'attribuer à Hippocrate des connaissances qu'il n'a point eues* » (1).

Bref, si nous insistons sur l'ignorance d'Hippocrate, en fait de maladies du cœur, c'est que des siècles durant, la médecine ne vécut que sur son fonds et ne sut que ce qu'il avait lui-même connu.

Erasistrate, Ilérophile lui-même, le plus fameux anatomiste de l'antiquité, ne firent aucun progrès dans cette voie, et de leur temps le mot « *cardia* » désignait encore indistinctement le cœur et l'estomac.

On vient à Galien, et là peuvent être saisis les premières traces de l'observation clinique : il a, du point de vue physiologique, au travers d'une série d'aphorismes faux, donné le germe des découvertes ultérieures en avançant nettement que le sang « pouvait passer des artères pulmonaires dans les veines », mais avant tout, il a insisté sur la péricardite, et, dès lors, la péricardite sera la plus connue de toutes les affections cardiaques.

Il a décrit les palpitations et la syncope par « *inflammation du cœur* », et il a cru au danger tout particulier de cette « *inflammation* » pour les gladiateurs et les athlètes.

(1) Cité in Sénac, p. 320.

Il a enfin décrit une maladie, celle du médecin Antipater qui paraît bien comporter les différentes étapes de l'insuffisance cardiaque.

Cette époque fabuleuse, d'Hippocrate à Galien, n'a donc accumulé que peu de notions exactes en ce qui concerne le cœur et ses lésions ; mais il appartenait à Galien de laisser dans ses ouvrages « les traces qu'on devait suivre » pour arriver à l'étude raisonnée des maladies du cœur.

II. C'EST ENSUITE L'ÉPOQUE DE LA TRADITION.

Les siècles passent et l'on se borne à répéter Hippocrate ou Galien, à les commenter, à les mettre en opposition.

« *Hippocrate dit oui, Galien dit non* », et la péricardite reste la seule affection cardiaque, expressément citée, d'Arétée à Coelius Aurelianus.

III. L'ÉPOQUE HISTORIQUE commence avec les Arabes et les Arabistes qui furent, on le sait, les rénovateurs de la médecine. Rhazès pensait que les maladies cardiaques étaient engendrées par le chaud et le froid, le sec et l'humide, et il signalait la purulence et les ulcérations du cœur.

Au XII^e siècle, Avenzoar consacrait un chapitre aux maladies du cœur : il étudiait les palpitations, la péricardite et discutait les effets salutaires de la saignée.

C'est trois siècles plus tard que le Florentin Antonio Benivieni fit connaître d'intéressantes observations sur les lésions cardiaques ; mais il était avant tout anatomo-

miste, et il fut de ceux qui créèrent l'anatomie pathologique.

Aussi n'envisagera-t-il guère les affections cardiaques que sous l'angle de l'altération anatomique, voire de la malformation inusitée, et, à sa suite, on signalait les « *curiosités* » rencontrées au niveau du cœur lors de l'ouverture des cadavres, bien plus qu'on ne tentait de connaître sur le vivant le signe du dérèglement cardiaque.

Notons, chemin faisant, que Nicolas Massa décrivit vers cette époque l'hypertrophie considérable du cœur, que Vésale se montra meilleur clinicien, en observant la coïncidence de la gangrène des extrémités avec les maladies du cœur.

Il nous faut également citer le nom de De Baillou ; ce fut, en effet, ce doyen de la Faculté de Médecine de Paris qui décrivit, sous le nom d'anévrysmes — désormais employé par tous — les dilatations du cœur.

Il n'y a là que des observations isolées : faute de notions anatomiques et physiologiques précises, faute d'une armature systématisée, la clinique cardiologique ne peut encore voir le jour.

Ce n'est que lorsque « *les voies mystérieuses de la circulation* » auront été découvertes que des progrès rapides deviendront possibles.

Le temps de ces découvertes n'est pas loin.

C'est en 1553 que le moine espagnol Michel Servet a découvert et décrit la « *petite circulation* », découverte qui épouvanta si fort ses contemporains que, banni de France, il fut brûlé vif à Genève sur l'ordre de Calvin.

Mais Vésale lui-même, puis Realdo Colombo reprenaient aussitôt à leur compte ses affirmations et Césalpin d'une part, Fabrice d'Acquapendente d'autre part, achèvent son œuvre, le premier en montrant que « le sang circule » — centripète dans les veines — centrifuge dans les artères, le second en découvrant les valvules des veines.

Il manque encore l'homme de génie qui, rassemblant ces notions nouvelles, les érigera en système et, codifiant la physiologie cardiaque, donnera la matière aux médecins pour fonder la clinique cardiologique.

IV. L'ÉPOQUE SCIENTIFIQUE. William Harvey fut cet homme de génie et de sa découverte de la circulation du sang, en 1619, date le regain d'intérêt attaché aux maladies du cœur : l'ère scientifique est ouverte.

Lancisi (1634-1720) va en effet écrire un ouvrage remarquable : « De motu cordis et anevrismatibus » où se trouve rassemblé l'essentiel de ce qu'on savait alors sur le cœur et ses dérèglements.

Mais nous voici venus aux prédécesseurs immédiats de Corvisart, à ceux qui lui ont frayé le chemin et permis d'instaurer la clinique cardiologique : ce furent Sénac et Morgani, ce fut Avenbrügger. Les deux premiers avaient fait la synthèse des faits d'observation clinique et anatomique — et pour la première fois méthodiquement étudié les maladies du cœur ; Avenbrügger allait mettre Corvisart en possession d'un nouveau mode d'exploration : la percussion..

V. LES PRÉDÉGESSEURS.

Sénac est fréquemment cité comme le fondateur de la Cardiologie. Certes, il est le premier à élaborer une étude d'ensemble dans son « Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies » (1749).

Mais il reste bien plus anatomiste que clinicien ; et, sur ce lourd Traité de plus de 1.200 pages, il n'en est qu'à peine deux cents consacrées aux « maladies du cœur ».

Voyons d'ailleurs qu'elles étaient ses opinions.

« SI LES MALADIES DU CŒUR SONT FRÉQUENTES », tel est le titre du chapitre par quoi commence la partie clinique de son ouvrage (1) ; et Sénac d'écrire que « les maladies du cœur, quoiqu'elles ne soient pas aussi fréquentes que les autres, sont moins rares qu'on ne l'imagine ordinairement ».

Puis il donne un ordre de fréquence :

1^o) D'abord les palpitations.

2^o) Ensuite, les dilatations — surtout celles de oreillettes et avec prédilection de l'oreillette droite ; quant à la dilatation de l'aorte, elle est très fréquente, infiniment plus que celle de l'artère pulmonaire.

3^o) Les « ossifications » sont fréquentes également au niveau du ventricule gauche, fort rares dans la substance même du cœur.

4^o) Les tumeurs, les concrétions pierreuses, les polypes sont de toutes les lésions cardiaques les plus excep-

(1) Tome II, p. 318.

tionnelles, bien qu'on les ait, dit-il, décrites avec les plus grands détails.

5°) Quant aux maladies du péricarde, ce sont peut-être de toutes, les plus communes ; et Sénac déclare que *« l'hydropisie de ce sac est extrêmement fréquente »*.

Mais le chapitre suivant a pour nous plus d'intérêt encore, puisqu'il démontre qu' *« on trouve beaucoup de difficultés quand il s'agit de connoître les maladies du cœur »* (1).

Il montre fort bien le désaccord entre le cortège fonctionnel et la lésion réelle. *« L'action des nerfs, dit-il, déguise surtout les maladies du cœur, car quoiqu'il n'y ait aucun vice dans cet organe, dans le poulmon, dans les vaisseaux, les palpitations sont quelquefois très violentes, les contractions de cet organe sont irrégulières »*.

Il y a mieux ! *« On trouve, écrit-il, de grandes dilatations dans les quatre cavités du cœur ; comment distinguer les dilatations des oreillettes et des deux ventricules ? Elles doivent certainement entraîner quelque accident différent, mais comment saisir, avec précision les différences qui les caractérisent ? »* (2).

On voit, dans cette phrase, l'admirable prescience qui faisait véritablement soupçonner les insuffisances partielles du cœur au clinicien, incapable de les *« saisir »* privé qu'il était des moyens d'exploration. Lorsque Sénac étudie les *« moyens de connoître les maladies du*

(1) Tome II, p. 321.

(2) Tome II, p. 322.

cœur », il ne trouve en effet qu'un seul mode d'examen : l'état du pouls ; c'est en vérité le seul signe physique cardiaque alors connu. « *La marche du pouls est certainement la marche du cœur* » (1).

Si l'on vient à la thérapeutique de ces affections cardiaques, le pessimisme de notre auteur s'avère :

« *A mesuré que l'on pénètre dans les maladies du cœur, la Médecine paraît plus stérile ; elles demandent peu de remèdes ; ... l'ignorance crédule peut seule espérer de tels succès qu'elle n'a jamais vus* » (2).

Et Sénac n'utilise que la saignée, le régime alimentaire, les drogues assurant « la liberté du ventre », les eaux minérales ferrugineuses et les sédatifs nervins, car « il ne faut pas négliger les nerfs ; le dérangement du cœur les met souvent en action, cette action retombe ensuite sur sa cause, qui à son tour devient plus active » (3).

Suivent les chapitres consacrés à l'étude des différentes maladies du cœur. Le péricarde a une place de choix : les « épaississements » péricardiques, et il s'agit de notre symphyse, les « abcès » du péricarde et il s'agit de péricardites purulentes, sont décrits.

Mais Sénac avoue qu'on ne les peut reconnaître sur le vivant et ce sont là « de ces maladies obscures qu'on ne découvre qu'après la mort, et qu'on connaît alors inutilement » (4).

L'inflammation du péricarde est décrite : elle est caractérisée par « *la violence de la fièvre, la soif brûlante,*

(1) Tome II, p. 325.

(2) Tome II, p. 328.

(3) Tome II, p. 331.

(4) Tome II, p. 337.

la dureté du pouls, la difficulté de respirer, la douleur vers le sternum, l'oppression, les défaillances » (1).

L'hydropisie du péricarde est donnée comme très fréquente. Elle a pour signes « la dureté du pouls, les palpitations, l'oppression, un poids sur la région du cœur, les défaillances, la difficulté de respirer » et même de réelles « ondulations de la paroi entre la 3^e, la 4^e et la 5^e côtes (2) ».

Une fois de plus, force est à Sénac de constater que de tels signes sont d'interprétation délicate pour être retrouvés dans bien d'autres affections en dehors de l'hydropisie du péricarde.

Nous verrons qu'avec la percussion, Corvisart fait faire à la sémiotique et au diagnostic un pas de géant en pareille matière.

Les blessures, les abcès du cœur arrêtent longuement notre cardiologue, et il semble bien que parmi ses observations « d'abcès » du cœur, il en est qui ressortissent à des endocardites ulcéro-végétantes et de clinique, toujours point.

A propos des dilatations du cœur, les causes mêmes de cette dilatation sont envisagées et l'on voit ici figurer aussi bien les pleurésies et les fièvres violentes que les « *mouvemens violents et les passions* ».

En tous cas, il est fort bien exposé que de semblables dilatations il s'ensuit une gêne importante dans le poumon.. « Il n'est donc pas surprenant que l'orthopnée, le

(1) Tome II, p. 348.

(2) Tome II, p. 311.

crachement de sang, l'asthme, la phtisie ayant été, si souvent, les suites des dilatations (1) ».

Quant à reconnaître ces dilatations, c'est affaire purement à la violence et à la continuité des troubles fonctionnels parmi lesquels les palpitations occupent la grande place ; et d'autres lésions encore peuvent être trouvées « qu'on ne saurait connoître par aucun signe » (2) depuis les tumeurs jusqu'aux concrétions osseuses.

N'oublions pas le chapitre suivant qui traite des « Polypes du Cœur » (3). À dire vrai, Kerthering en niait l'existence et Sénac lui-même écrit « les polypes ne sont que des concrétions qui se forment après la mort » ; mais il croit lui-même aux polypes ; il les étudie fort longuement, en décrit la matière qui est « lymphatique », la formation, les variétés, les causes premières.

Il est intéressant de voir que si ces polypes sont la plupart du temps de simples caillots agoniques, ils semblent d'autres fois bien constitués par des caillots cruoriques véritables, générateurs d'embolies. Et l'on trouve bien décrite l'embolie suivie de mort subite, peut-être même la thrombose intra-cardiaque ; parmi les « *effects de ces polypes* », chercherons-nous la traduction clinique : une fois de plus c'est le rappel des palpitations, des oppressions, des défaillances, du poids sur la poitrine.

On voit ainsi que les palpitations constituent le symptôme cardiaque majeur : aussi sont-elles étudiées dans

(1) Tome II, p. 414.

(2) Tome II, p. 420.

(3) Tome II, p. 442.

le détail. Les passions, les affections du poumon, de l'estomac les peuvent déclancher, et bien d'autres causes encore.

Ce signe séméiologique de premier ordre retient longuement l'attention de Sénac et il ne consacre pas moins d'attention à en fixer la valeur pronostique qu'à en proposer maint traitement.

Le dernier chapitre de cette clinique cardiologique a trait à la syncope dont on apprend la multiplicité des causes, la gravité fréquente, tandis qu'on s'instruit des nombreux remèdes qui les peuvent juguler ; et de tant de substance, si l'on enlève les parties consacrées à l'anatomie du cœur, à l'étude de sa circulation, il ne reste que bien peu de chose. Là même où Sénac aborde la description des maladies du cœur, il ne le fait qu'accessoirement. Il pressent qu'il faut séparer troubles fonctionnels purs et affections organiques ; il ne peut encore démêler parmi les différents symptômes subjectifs ceux qui appartiennent en propre à chacune des maladies qu'il décrit. Il faut justement retenir à son actif le fait d'avoir montré que les affections cardiaques possédaient en commun ce cortège fonctionnel et d'avoir insisté sur la latence clinique de nombre de ces affections ; mais nulle part on ne voit poindre le souci d'un examen systématique de l'appareil circulatoire.

Ce sera la gloire de Corvisart d'avoir posé les fondements mêmes de cet examen systématique.

L'aphorisme d'Hippocrate, que Laënnec voulut inscrire au fronton de son « Traité de l'auscultation » reste éternellement vrai :

Μέγα ζέ μέρος ἡγεῖσθαι τῆς ιατρικῆς εἶναι τό ζύνασθαι σκοπεῖν

« Pouvoir explorer est, à mon avis, une grande partie de l'art ». Si une classification, et par là une clarification a été apportée par Sénac dans le fatras des affections cardiaques jusqu'alors délaissées et mal connues, c'est bien Corvisart qui, en sentant la nécessité d'explorer, mérite d'être tenu pour le fondateur de la clinique cardiologique.

QUANT A PORTAL, lui aussi est parfois cité comme un des précurseurs de Corvisart, à ce point qu'à peine ce dernier aurait-il le bénéfice de quelque innovation.

Or, à remonter aux sources, on a peine à imaginer que ces deux hommes furent contemporains ; mieux encore, que Portal survécût à Corvisart. Portal, c'est, en effet, la vieille faculté en habit à la française et en perruque, avec son esprit dogmatique, ses classifications immuables depuis l'antiquité, son absence complète de sens clinique, son dégoût de toute nouveauté. Si l'on vient à chercher en quoi il aurait été un des fondateurs de la Cardiologie, on se demande pourquoi l'on ne pourrait de même lui attribuer le mérite d'avoir jeté les bases de toutes les autres branches de la pathologie. C'est, de fait, un compilateur et son titre de gloire est d'avoir publié un énorme recueil « contenant les découvertes importantes de la médecine et de la chirurgie depuis leur origine, et une analyse critique de tous les ouvrages sur la matière, jusqu'aux thèses inclusivement » (1).

(1) Dictionnaire de la Biographie et d'Histoire. Bachelet.

De cet ouvrage, véritable encyclopédie, une petite partie seulement nous intéresse et à aucun moment une personnalité ne transparaît derrière un style compassé.

Le renom de cardiologue lui vient sans doute de ce qu'il fut chargé par son maître Sénac de faire paraître la deuxième édition de son « Traité sur la structure du cœur ». Il n'eut guère d'autre mérite que « d'ajouter quelques figures et d'enrichir ce traité de quelques observations excellentes sur la structure du cœur ».

Par ailleurs, il publia quelques Mémoires sur des affections cardiaques qu'il avait observées : il y reste fidèle à la tradition, n'apporte pas un seul élément de précision dans le chaos où s'égare encore le diagnostic. Nous avons ainsi relu des notes sur « les morts subites par rupture du ventricule gauche du cœur » (1) : il y affirme la fréquence de ces ruptures, en dehors de toute altération qui ait préalablement affaibli le tissu de ce viscère, ruptures causées, dit-il, par la contraction du cœur ; après quoi il affirme que souvent « le ventricule droit est dilaté, sans que le ventricule gauche le soit, lequel même est alors souvent rétréci ».

Pas une de ces conclusions n'est vraie : nous verrons que Corvisart ne commet pas de telles erreurs, tandis qu'il donne, au contraire, des descriptions restées exactes.

Ailleurs, il prétend établir que « l'inflammation du péricarde ou péricardite... ne peut jamais être ainsi dif-

(1) Mémoires sur la nature et le traité de plusieurs maladies. Tome II. p. 1 (1800).

férenciée de celle du cœur ou cardite, que la péricardite enfin ne peut pas être mieux différenciée de la cardite que la pleurésie ne peut l'être de la pneumonie ».

Alors que Corvisart tente, à la même époque, de séparer ces affections les unes des autres, Portal les veut confondre encore.

Plus loin, il décrit les « anévrismes du cœur dans lesquels les parois, au lieu d'être amincies, ont conservé leur épaisseur ordinaire, ou en ont acquis une plus grande ».

Et voici pourquoi ces parois sont restées épaisses : parce qu'il y a eu « *intumescence de la propre substance de ce viscère par un vice stéatomateux, par des substances graisseuses, par des fausses membranes qui se sont formées à l'extérieur du cœur ou dans l'intérieur de ses cavités, par des infiltrations séreuses, purulentes et quelquefois par des hydatides* ».

Bref, Portal n'a pas su voir ni comprendre l'hypertrophie du ventricule gauche.

Bien plus, un autre mémoire est dirigé contre Corvisart, et contre la distinction entre les anévrysmes actifs et passifs, entre notre hypertrophie et notre dilatation : cette distinction de génie, Portal ne la comprenait pas, et d'ailleurs il discute surtout par raisonnement et par logique. Il est disputeur plus que clinicien.

Nous trouvons plus d'intérêt dans un court article sur « la sténocardie ou angine pectorale », parce que Portal y résume ce qu'on savait alors sur l'angine de poitrine, décrite de date récente et encore très mal connue. Il y a de tout, dans cette angine pectorale, depuis de sim-

ples troubles névropathiques, jusqu'à de vraies douleurs angoreuses !... Mais on ne peut chicaner Portal sur ce point, puisque aujourd'hui même la question est tout aussi embrouillée.

De petites revues générales sur la cardite, sur les palpitations, démontrent encore amplement que Portal avec les qualités du bon compilateur, n'avait pas le don qui fait le grand clinicien. Il a le mérite d'avoir énormément écrit sur toutes choses médicales, et par conséquent sur le cœur ; quant à lui assigner une place d'honneur au fronton de la Cardiologie, il n'y faut pas songer. Si Corvisart est redevable, c'est à Sénac et surtout à Avenbrügger, médecin qui ne s'intéressera pas spécialement aux affections cardiaques, mais qui le mit en possession de l'art de percuter. En effet, Avenbrügger est bien plus le maître et le devancier de Corvisart qu'un Portal roidi dans son respect pour la tradition et son mépris pour les rénovateurs de la médecine clinique.

L'ŒUVRE DE CORVISART

L'Œuvre de Corvisart

Tous les traités d'Histoire de la Médecine s'accordent à reconnaître en Corvisart le fondateur de la médecine clinique française du XIX^e siècle et le créateur de l'enseignement séméiologique.

Parmi la foule des élèves qu'il forma, il suffit de citer Bayle, Dupuytren, Laënnec pour juger la valeur de ses enseignements. Et pourtant, l'on est surpris de voir combien son œuvre est peu connue. C'est surtout le médecin de l'Empereur, le Champenois au franc parler, qui ont été crayonnés alors qu'on a trop oublié que le médecin fut le premier des grands cliniciens modernes, celui qui, rompant délibérément avec les traditions de l'antique faculté, rénove l'art médical : avec lui se marque la cassure entre un XVIII^e siècle médical sans éclat et sans originalité et ce XIX^e siècle où la médecine fera les découvertes les plus brillantes.

On peut sans doute reprocher à Corvisart de n'avoir pas assez laissé de matériaux scientifiques : l'on est parfois jugé au poids de son ouvrage plutôt qu'à sa valeur. Et cependant, ce qu'un grand médecin laisse par écrit n'est souvent que la moindre partie des services qu'il a rendus aux hommes : tel a été Corvisart. Il s'est contenté

de débayer pour remettre la médecine dans la bonne voie.

Dans ce qu'il nous a laissé par écrit nous trouvons cependant assez pour le juger à son exacte valeur, comme aussi pour nous apercevoir que la Cardiologie lui est tout spécialement redevable.

On a tenté parfois de rabaisser son mérite en faisant de Sénac le fondateur de la Cardiologie : il y a entre eux cette simple différence que Sénac accueille tout, compile tout, extravagances et vérités en un énorme Traité, tandis que Corvisart commence par éliminer, par élaguer, et, comme il passe toutes choses au crible d'une sévère critique, il ne reste qu'un Traité assez mince, mais d'une densité exceptionnelle.

Enfin, ce besoin de juger et cette sûreté de jugement lui font essayer le procédé nouveau de la percussion et saisir du premier coup sa haute valeur.

Le but de notre travail sera donc d'étudier Corvisart cardiologue, de voir en quoi il a brisé le cadre étroit des anciennes conceptions cardiologiques pour fonder une Cardiologie anatomo-clinique.

Bref, nous aurons à démontrer qu'il a innové, inventé et souvent aussi qu'il a pressenti ce que d'autres découvriront plus tard. Corvisart fut en médecine l'homme nouveau armé de méthodes nouvelles.

I. La Percussion

Dans sa pratique journalière qui lui a fait connaître la fréquence des lésions organiques du cœur, Corvisart s'est beaucoup servi de la percussion.

Certes, ce n'est que deux ans après avoir publié son « Essai sur les Maladies du cœur » qu'il a donné sa traduction de l'œuvre d'Avenbrügger et consigné les résultats obtenus en clinique par ce nouveau mode d'examen. Mais il l'expérimentait depuis des années déjà ; c'est à la lecture des ouvrages de Stoll que lui fut révélée la possibilité de percuter la poitrine. Stoll, d'ailleurs, n'avait qu'une expérience restreinte de la percussion, et il était bien loin d'en tirer grand profit, voir même de sentir ce qu'on en pouvait obtenir.

C'est pendant les années 1788-1789, que Corvisart commença de percuter ses malades, et, dès lors, il ne cessa d'appliquer cette méthode, puisqu'il écrivit plus tard qu'« il ne croit pas avoir jamais omis l'emploi de ce procédé dans les affections de la poitrine les plus obscures comme dans les moins douteuses ».

Mais il attendit vingt ans pour dire le cas qu'il faisait de ce moyen d'investigation clinique, pour indiquer les résultats qu'il en obtient, et pour faire connaître les per-

fectionnements qu'il a apportés à la découverte d'Avenbrügger.

Certes, il n'entre aucunement dans notre plan de reprendre ici l'étude de la percussion, ni même de montrer qu'elle n'a dû qu'à Corvisart d'entrer dans le domaine de la pratique médicale, à ce point qu'on peut dire qu'il l'a réellement réinventée. Nous nous intéressons uniquement à l'emploi qu'il en fit dans l'examen des cardiaques et aux arguments de diagnostic qu'il en déduisit.

La percussion lui servit à éliminer nombre de ces asthmes, de ces hydropisies de poitrine, etc... qui cachaient, comme nous l'avons vu, des affections organiques du cœur que Corvisart sut déceler.

Notons du reste que notre auteur ne tira pas une vanité inconsidérée de ces résultats. Quand il publia sa traduction d'Avenbrügger, il ne cherchait, selon lui, qu'à rendre « *un grand service à tous ceux qui se livrent à l'exercice de l'art de guérir, en tirant l'ouvrage d'Avenbrügger de l'oubli total et extraordinaire dans lequel il est tombé, en France particulièrement* » (1).

En réalité Corvisart accompagne cette traduction de commentaires du plus haut intérêt. Il y expose les lacunes et les inexactitudes de l'œuvre d'Avenbrügger, qu'il s'agisse de la percussion du thorax sain ou du thorax malade. Il posa les règles de ce nouveau procédé séméiologique, il en fixa la valeur pour chaque cas particulier.

(1) In Préface de la Traduction d'Avenbrugger.

Aussi ne subsiste-t-il que peu de choses de ce qu'avait avancé Avenbrügger, et ses perfectionnements, comme l'a dit Bourdois, donnaient à « l'original une valeur immense et si généralement sentie que l'on fut étonné que Corvisart n'eut pas fait paraître sous son seul nom le *Traité sur la percussion* » (1).

Nous rappellerons qu'en indiquant d'une façon précise les caractères du son anormal obtenu par percussion dans la pleurésie simple, la pleuro-péricapneumonie, la pleurésie fausse ou rhumatisante, dans l'asthme, Corvisart insistait sur le moyen de diagnostic qu'on avait entre de telles affections et les affections cardiaques. C'est surtout les asthmes qu'il élimine en percutant : la poitrine y résonne souvent mieux qu'à l'état normal ; au chapitre des maladies du cœur, la percussion lui est un mode diagnostique non moins précieux.

1° DANS L'ANÉVRISME DU CŒUR, la percussion est certainement le mode d'examen qui donne le plus de renseignements.

Avenbrügger s'était contenté de dire que dans l'anévrisme du cœur, le signe pathognomonique est que « la région de cet organe, frappée dans une grande circonférence, rend un son exactement semblable à celui de la chair frappée ».

Corvisart va donner bien davantage de précisions, et même il va prétendre, à l'aide de ce procédé, différencier divers anévrismes du cœur. Sous le nom d'anévris-

(1) Rapport fait à l'Acad. sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans la salle des séances. *Mém. de l'Acad. Royale de Médecine*. Tome IV, Paris, Baillière, 1835.

me, on entend, en effet la distension cardiaque, qu'il s'agisse d'hypertrophie ou de dilatation.

Or, Corvisart veut séparer ces deux cas à l'aide de la percussion.

Tout au début d'un anévrisme du cœur, le son est, d'après lui, également bon dans toutes les régions de la cavité thoracique.

Il est un deuxième degré où la poitrine résonne au niveau des poumons, mais le son devient nul dans la région cardiaque et parfois dans une étendue remarquable.

Enfin à un troisième degré, les téguments de la poitrine, par leur épaissement et leur infiltration rendent la percussion difficile, mais si on a une grande habitude de ce moyen, on s'aperçoit aisément, en frappant le thorax, qu'un corps solide rend sourd et obscur le son qu'il fait entendre.

Aussi peut-on arriver à mesurer d'une manière approximative l'étendue de la dilatation, et déterminer le genre d'anévrisme auquel on a affaire. S'agit-il d'une dilatation avec amincissement de la paroi cardiaque ? La région mate est bien plus considérable que dans l'hypertrophie.

On pourrait même distinguer plus exactement le siège de la dilatation : quand la cavité droite est seule dilatée, le son est, dit Corvisart, « plus obtus, plus suffoqué à droite », et inversement pour la cavité gauche. Distinctions difficiles, en vérité ! Corvisart le reconnaît lui-même.

2° DANS LES ANÉVRISMES DE L'AORTE, dont n'avait point parlé Avenbrügger, Corvisart signale « l'obscurité du son que rend la poitrine quand on la frappe dans sa partie antérieure, supérieure et moyenne ». Nous savons bien qu'on tient encore compte de cet élargissement de la matité aortique.

Corvisart n'a donc pas été seulement le traducteur d'Avenbrügger : il a vraiment perfectionné la percussion et indiqué le premier, avec exactitude, les signes qu'on en pouvait obtenir.

Appliquant la méthode à la connaissance des affections organiques du cœur, il en tire des arguments diagnostiques de grande valeur. C'est en percutant qu'il allait isoler les premiers signes physiques des maladies de cœur : à ce titre, il est bien le premier des cardiologistes cliniques.

II. L'Essai sur les Maladies du Cœur

« L'essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur », de Corvisart, va se distinguer essentiellement des ouvrages précédents, et ouvrir une voie nouvelle, en ce qu'il est fondé sur la méthode d'observation, tant clinique qu'anatomique.

A toute page, Corvisart ne manque pas de consigner les résultats obtenus sur le vivant ou sur le cadavre, par la percussion. Mais ce n'est pas par là que cet ouvrage vaut d'être tenu pour le premier traité clinique de Cardiologie.

Pour la première fois on va voir écarter le fatras des traditions et des légendes. Il ne garde que les lésions certaines, dûment constatées par l'examen anatomique post mortem. Il les classe avec précision. Et, après avoir ainsi fait place nette dans l'ensemble, il donne, à propos de chaque cas particulier, des descriptions cliniques dont nous voyons encore aujourd'hui la vérité. Ce que la vue, le palper, la percussion peuvent livrer, il l'a noté.

Certes, il lui a manqué l'auscultation et il n'a pas pu trouver le fil conducteur dans le dédale des cardiopathies valvulaires. Encore faut-il rappeler que dans les hyper-

trophies cardiaques; il dit avoir « entendu les battements en les écoutant de très près et avec beaucoup d'attention ». Il n'est que d'analyser son ouvrage pour juger des progrès qu'il fit faire à la Cardiologie, avec les seuls moyens dont il disposait.

« La grande difficulté, est-il écrit dans la Préface de son « Essai », n'était certainement pas de trouver, par une dissection exacte, des lésions quelconques dans les organes ; tout anatomiste attentif est sûr d'en rencontrer souvent. LE POINT AUSSI DIFFICILE QU'IMPORTANT, LE BUT VÉRITABLEMENT UTILE, C'EST D'Étudier, sur l'homme vivant et malade, les caractères propres aux lésions des divers organes, d'en bien remarquer les phénomènes, d'en bien constater les symptômes... » (1).

Il ressort donc de cette lecture que le but essentiel de Corvisart fut de jeter les bases du *diagnostique clinique* des maladies du cœur ; d'ailleurs un peu pompeusement, cette même préface affirmait que son but avait été rempli « puisque à l'aide de l'observation des signes et de l'étude des symptômes, le professeur Corvisart n'a jamais méconnu une lésion organique du cœur, et que l'ouverture du cadavre la lui a toujours présentée ». Ainsi, Corvisart lui-même, affirmait la valeur de la méthode de travail nouvelle qu'il inaugurait, et l'on peut lire encore : « L'Essai que je publie est un ouvrage de pure pratique fondé sur l'observation irréfragable ; et la médecine clinique ne s'appuie encore un peu solidement que sur cette base antique et inébranlable, l'obser-

(1) Page XIV. Essai des Malad. du cœur.

vation... Quel que soit le sort de cet Essai, et malgré ses imperfections, je ne puis m'empêcher de le regarder comme un utile jalon enfoncé dans le sentier, trop déserté peut-être, de l'expérience et de l'observation » (1).

Bref, les prédécesseurs immédiats de Corvisart étaient d'abord des anatomistes : ils étudiaient l'appareil circulatoire avant tout du point de vue anatomique, et la clinique n'était que l'accessoire. Pour Corvisart, elle devient l'essentiel.

Son « Essai » ne comporte pas d'étude préliminaire sur l'anatomie et la physiologie du cœur ; de plein-pied il entre dans l'étude des maladies du cœur, en se laissant guider par l'observation des malades : c'est véritablement faire œuvre de clinicien.

I. UN DISCOURS PRÉLIMINAIRE n'a d'autre but que d'établir la réalité et la fréquence des maladies organiques du cœur et à juger d'après la véritable passion qu'il y apporte, ses contemporains ne devaient pas être de cet avis. Sénac s'était contenté, nous l'avons vu, de dire ces maladies plus fréquentes qu'on ne le croit. Avait-il convaincu beaucoup de médecins ? On en peut douter quand on voit Corvisart longuement rechercher, dans ce discours, les raisons qui ont fait méconnaître des praticiens de telles maladies. « J'avance sans hésiter, écrit-il, que les maladies organiques les plus fréquentes, la phtisie pulmonaire exceptée, sont celles du cœur... et j'affirme que cette maladie s'est offerte cent fois plus fréquemment à mes recherches que les autres, »

(1) In Préface de l'Essai des Mal. du cœur, p. XIX.

tant dans l'hôpital de la Charité que dans la ville... et si, comme je crois qu'il est prouvé dans cet ouvrage, la plupart des asthmes, des hydropisies de poitrine, des leucophlegmaties, etc... ont pour cause une maladie de cœur ; si la méprise, à cet égard, est commune dans les asyles publics et tout aussi fréquente peut-être dans la pratique particulière, on peut en conclure hardiment que la mort par affection organique du cœur est bien moins rare que celle par lésion du cerveau, de l'estomac, du foie, de la rate, des reins, etc... peut-être même prises ensemble » (1).

Il devine le rôle des influences héréditaires quand il montre pour le cœur du fœtus « que les principes d'orientation et de trouble entravent déjà son action, soit par la nature des humeurs qui lui sont envoyées, soit par les influences morales de la mère... action trop sûre pour en déranger l'organisation ou du moins pour jeter les fondemens d'une désorganisation future ».

Chez le nouveau-né, il accuse « les changements organiques qui s'opèrent dans le premier temps, tels que l'occlusion du trou ovale, l'oblitération du canal artériel, le développement de l'artère pulmonaire » et surtout il va mettre en relief les innombrables facteurs physiologiques ou pathologiques devenus, la vie durant, autant de causes de fatigue cardiaque : d'un côté « *les cris, les vagissemens de l'enfance, les ris, les pleurs, la danse, la course, le saut, la lutte, l'escrime, l'usage des instrumens à vent, la lecture, la déclamation, le chant, l'acte*

(1) Discours Préliminaire VL.

et les excès vénériens ; les efforts de tous genres, la toux et les autres affections morbifiques des organes de la respiration, l'action musculaire, les influences atmosphériques » — et d'autre « la nature ou l'abus de mille alimens ou assaisonnemens divers, des boissons fermentées, des virus, des émanations, des métiers ».

Si nous trouvons dans cette liste toutes les causes favorisantes des cardiopathies encore tenues pour valables aujourd'hui, il faut reconnaître cependant qu'il manque à ce chapitre d'étiologie les causes infectieuses. Quant « aux virus » dont parle Corvisart, on aimerait savoir ce qu'il entend exactement par ce terme dont il souligne lui-même l'importance. Cette notion de « virus », de causes extérieures et mystérieuses venant frapper le cœur, nous paraît une idée neuve pour lors, et presque un pressentiment.

Là où Corvisart reste bien de son temps, c'est quand il met au rang des principales causes des cardiopathies les « passions » qu'il stigmatise en termes définitifs, allant jusqu'à appeler à son secours l'observation elle-même : « je ne suis pas le seul médecin, dit-il, qui ait pensé que les lésions organiques du cœur ont été plus fréquentes dans les horribles temps de la Révolution, que dans le calme ordinaire de l'ordre social ». Corvisart hérite ici des idées de Sénac, et, s'il a su séparer les troubles fonctionnels cardiaques des cardiopathies organiques, il en reste à l'hypothèse d'une lésion organique créée par « des causes morales, des passions ».

Comme Sénac encore, notre auteur demeure persuadé de la gravité tout exceptionnelle des cardiopathies, « con-

tre l'attente peut-être de quelques-uns de ceux qui liront cet ouvrage, on trouve presque partout le fatal pronostic de la mort. *Il est possible de prévenir quelquefois la maladie, je le pense, de la guérir, jamais ».*

Et il ajoute une note où s'accuse encore son scepticisme thérapeutique, marqué d'ailleurs au coin de la plus exacte observation : « je sais qu'il y a des médecins qui croient avoir guéri des maladies de cœur ; si elles n'étaient point encore organiques, je le crois, il s'en trouve des exemples dans cet ouvrage ; si elles l'étaient devenues, j'en doute fort, et la preuve principale manquera toujours ».

Tel apparaît donc le plan de Corvisart : décrire les maladies organiques du cœur, et trouver les signes qui leur sont propres, permettant de les différencier des simples désordres fonctionnels.

Pour le reste, à quoi sert de remonter à la cause ? elle est d'essence si diverse ! et que faire contre les « passions », causes les plus fréquentes et les plus sûres ? que servirait enfin d'entretenir quelque espoir en la guérison, puisqu'il n'est pas de médicaments !

Il faut reconnaître que, réduite par son scepticisme à la pure description clinique, l'étude du mal du cœur, telle qu'il l'a mise sur pied, suffit à la gloire de Corvisart.

Il a suivi un ordre dans cette description ; c'est une division anatomique et, s'il s'en excuse, c'est fort habilement : « cet ordre est, à la vérité, plus anatomique que médical ; mais, si on réfléchit bien sur l'essence des maladies organiques, on doutera, avec moi, qu'aucun autre soit plus convenable ».

Il nous faut entrer, brièvement d'ailleurs, dans le détail des chapitres, pour saisir en quoi la méthode anatomo-clinique de Corvisart réalise une réelle innovation.

II. CE SONT LES AFFECTIONS DU PÉRICARDE qui ouvrent la scène et l'on saisit tout de suite le progrès apporté par notre cardiologue : il ne se perd pas en descriptions anatomiques, il cesse d'être, comme Sénac, un compilateur et un anatomiste.

Quelques mots de rappel sur l'existence des « enveloppes membraneuses du cœur et nous voilà d'emblée en pleine description clinique. La péricardite aiguë est fort bien étudiée puisque déjà l'auteur en montre les difficultés de diagnostic, qui subsistent encore aujourd'hui, et puisqu'il en donne comme signes la douleur, la dyspnée, la syncope et jusqu'au rire sardonique.

Il décrit magistralement une variété nouvelle qu'il « hasarderait de nommer péricardite subaiguë », et il en montre le début insidieux, semblable à celui de la pleurésie, et la fin soudaine : le malade « *mourant le plus souvent à l'improviste, soit en voulant se lever, soit en buvant, soit en changeant de position* ».

Une observation qu'il donne de ce type concernait une péricardite purulente, dont il note avec précision les lésions telles qu'il les put constater à l'autopsie.

Pour la péricardite chronique, il insiste spécialement sur l'embarras où l'on est de la reconnaître nettement et, faute d'examen radiologiques, parfois même malgré ces examens radiologiques, cet embarras ne subsiste-t-il pas maintes fois de nos jours ?

Il connaît même la symphyse cardiaque et cette « adhérence du péricarde au cœur », si elle ne lui paraît pas constituer, dans bien des cas une véritable maladie, il la sait cependant capable de déterminer des accidents « assez graves pour caractériser un état véritablement morbifique » ; et il en rapporte trois observations, dont la dernière est fort jolie, car il s'agit d'un homme que les souffrances physiques, jointes à des ennuis matériels, conduisirent au suicide. Et Corvisart d'écrire : « Il serait déraisonnable de conclure de cette observation, et de celles qui ont été déjà publiées, *que tous les suicidés ont le péricarde adhérent au cœur* ». Voilà où Corvisart apporte une note toute nouvelle : c'est en formulant ces critiques, ces réserves qui nous paraissent banales aujourd'hui.

Il suffit de comparer cet esprit à celui d'un Sénac qui n'hésiterait pas à admettre que « les suicidés ont le péricarde adhérent au cœur ».

Le passé qui le sépare de ses devanciers se mesure à cette petite phrase sur les suicidés, pleine d'humour et riche de bon sens.

L'*hydro-péricarde* est bien connu de Corvisart ; en quelques lignes, il nous explique avec limpidité la différence entre exsudats et transsudats. Quant aux signes d'examen, ils sont relatés avec une telle précision que c'est à propos de l'*hydro-péricarde* que Corvisart nous donne la meilleure clinique sur la péricardite : « Les malades affectés d'*hydro-péricarde* ont habituellement la figure violette, les lèvres noires et livides. Ils ressentent une anxiété douloureuse, un poids incommode sur

la région du cœur, une difficulté de respirer qui menace de suffocation, *quand le malade veut prendre une position horizontale* ; souvent il éprouve des syncopes et plus rarement des palpitations. Le pouls est petit, faible, fréquent, concentré et irrégulier. En appliquant la main sur la région du cœur, on sent des battemens tumultueux obscurs ; *on dirait que l'organe ne fait sentir ses battemens qu'à travers un corps mou ou plutôt à travers un liquide placé entre lui et les parois thorachiques...* » (1).

Quant aux causes de cet hydro-péricarde, il les connaît bien, puisqu'elles sont, dit-il, « entre celles des hydropisies en général, les affections du cœur, du médiastin, de la plèvre, et du poumon en particulier.

Ainsi, le chapitre de l'hydro-péricarde est beaucoup plus long que ceux traitant des péricardites, comme si la fréquence en était beaucoup plus grande. A dire vrai, il est possible que Corvisart lui-même englobe à tort dans son chapitre de l'hydro-péricarde des cas qui sont en réalité des péricardites.

En tout cas, il a compris les différences fondamentales qui les séparent et il tente une discrimination séméiologique qu'on n'avait pas abordée avant lui.

Il reste la question du traitement de ces affections du péricarde : « absence de traitement utile, et par conséquent pronostic fatal, sauf peut-être dans ces péricardites subaiguës », dit Corvisart.

Mais il est fort intéressant d'apprendre que l'on prati-

(1) Essai des Mal., p. 41.

quait déjà la ponction du péricarde ! Notre auteur, reconnaissons-le, ne croit d'ailleurs pas à son efficacité, et si Sénac a décrit en détail la manière de pratiquer cette ponction « avec le trois-quarts » Corvisart pense au danger de l'opération, préfère le bistouri, et préfère surtout s'abstenir.

Tout au long de cette étude des affections du péricarde, les résultats de la percussion sont notés, et c'est sur eux que se fonde avant tout le diagnostic.

La séméiologie a donc permis de fixer l'expression clinique d'un syndrome dont la lésion n'était jusque là, le plus souvent, que découverte d'autopsie.

III. LES ANÉVRYSMES DU CŒUR. L'essentiel du « Traité des maladies du cœur » va être contenu dans le chapitre « des anévrysmes du cœur ». Sous ce nom, il entend « toute dilatation contre nature, soit active, soit passive, de l'une ou de toutes les cavités du cœur ». Et, c'est ici que Corvisart va jeter le plus de lumière, en séparant avec la plus grande netteté :

— L'anévrysme actif, avec cœur dilaté, mais à parois épaissies et force augmentée : c'est notre hypertrophie cardiaque.

— L'anévrysme passif, cœur dilaté, mais avec parois amincies, et force diminuée, et l'on reconnaît là notre « dilatation cardiaque ».

L'anévrysme actif. — L'hypertrophie de la paroi cardiaque peut être généralisée à toutes les cavités : cas extrêmement rare, dit Corvisart, alors « que l'on voie bien

plus souvent cette affection avoir son siège dans l'une des cavités du cœur seulement, dans la gauche, le plus souvent » ; et c'est là un fait patent, de notion banale aujourd'hui.

« De nombreuses observations m'ont prouvé que le ventricule gauche était le plus fréquemment affecté », affirme-t-il, et il en donne même l'explication physiologique ; il signale déjà la coexistence habituelle de « l'anévrysme actif du ventricule gauche et de la dilatation passive du ventricule droit ».

Pour l'hypertrophie du ventricule droit, elle est exceptionnelle tout comme celle des oreillettes.

L'anévrysme passif ou dilatation du cœur, suppose toujours un obstacle placé, « en suivant le cours du sang, au devant des cavités du cœur, ou de la cavité qui est le siège de la dilatation ». Ordinairement, cette dilatation affecte le ventricule droit, non pas isolément, mais en même temps que l'oreillette droite. L'oreillette droite seule peut aussi être affectée. Et non seulement il connaît ces dilatations, mais il en indique encore les causes logiques :

— Pour la dilatation de l'oreillette droite : le rétrécissement, l'altération ou l'oblitération imparfaite de l'orifice tricuspidé — pour la dilatation combinée de l'oreillette et du ventricule droits, la plus fréquente : les mêmes altérations siégeant cette fois à l'orifice pulmonaire et presque toutes les affections du poumon, « puisque toutes elles tendent à s'opposer, d'une manière marquée, au passage du sang des cavités droites du cœur dans les cavités gauches ».

N'oublions pas que, récemment, Laubry et ses élèves ont insisté sur l'insuffisance ventriculaire droite pure qui correspond à cet ordre de faits pour montrer qu'elle est typiquement réalisée par les lésions de l'artère pulmonaire, les artérites pulmonaires, et qu'on la peut voir au terme des affections chroniques du poumon.

La dilatation de l'oreillette droite, du ventricule droit et de l'oreillette gauche est due, dit Corvisart, au rétrécissement, à l'oblitération imparfaite de l'orifice mitral. Et nous savons en effet que dans l'insuffisance, et surtout dans le rétrécissement mitral, de telles altérations sont classiques.

Enfin, la dilatation de toutes les cavités, qu'elle se passe en un seul temps ou par étapes successives, lui paraît attribuable à des lésions de l'embouchure ou des valvules aortiques.

Il est exact qu'on devait plus tard, décrire semblable éventualité chez les aortiques ; à l'hypertrophie du ventricule gauche succéderait son insuffisance, puis brutalement, par « *mitralisation* », la dilatation des cavités droites.

Bref, c'est de Corvisart que datent les notions classiques sur la dilatation cardiaque, sur ce qu'on nomma plus tard l'asystolie.

Certes, ces notions sont actuellement battues en brèche par ceux qui n'admettent pas que le ventricule droit se laisse dilater : il ne serait jamais que refoulé par un ventricule gauche altéré, mais cette théorie émise après Bernheim (de Nancy), par Laubry et ses élèves, n'est

qu'une hypothèse, que tous n'acceptent pas comme péremptoirement démontrée.

Un dernier détail montre combien Corvisart était bon observateur : il insiste sur ce que l'oreillette gauche est « *de toutes les cavités du cœur, celle qui est le moins sujette aux dilatations passives* ».

Quand il écrit, en manière de conclusion, que ce sont les altérations des orifices qui sont le plus souvent à la base des anévrysmes du cœur, Corvisart lance bien la Cardiologie dans une voie nouvelle; et qui est la bonne.

Pour avoir, le premier, proposé une explication logique — mieux encore, physiologique — fondée sur l'existence antérieure des lésions organiques des orifices, il est bien le père de la Cardiologie.

Mais il a, comme clinicien, plus de mérite encore.

IV. LES CHAPITRES DE CLINIQUE. En effet, les chapitres suivants traitent des signes à quoi l'on reconnaît les anévrysmes du cœur, et l'on ne saurait oublier que c'est Corvisart qui distingua, pour la première fois, les trois degrés devenus tout de suite classiques de lésion compensée, d'hyposystolie, d'asystolie.

Il ne manque que ces dénominations pour que nous ne croyions ces descriptions écrites de fraîche date. En tout cas il prend la peine de souligner l'importance de cette division et il écrit, dans une note : « Je sais qu'il est inexact d'avancer qu'une maladie comme celle-ci, au fond la même du commencement à la fin, a trois périodes marquées. Je crois être autorisé cependant à le faire quand je considère que ces périodes généralement ad-

mises dans la phthisie pulmonaire, ne sont peut-être ni plus distinctes, ni plus déterminées.

Il nous plaît de voir notre auteur poser les bornes des phases cliniques de l'asystolie, faire aussitôt la critique de semblable division et souligner qu'une division de cet ordre est tout aussi schématique dans la phthisie pulmonaire dont les 3 degrés successifs ne correspondent pas, nous le savons bien aujourd'hui, à la réalité des faits.

Quoi qu'il en soit, nous admirerons la méthode avec laquelle Corvisart va étudier systématiquement les symptômes propres à chaque période de « l'anévrysme du cœur » : c'est par là qu'il devient un grand clinicien.

Le 1^{er} degré. « Dans le premier degré, il est le plus souvent extrêmement difficile de reconnaître ou de bien distinguer les signes de cette affection », dit-il, et il a raison.

Le facies lui semble digne d'être scruté ; « figure habituellement animée, coloration vive et passagère », ce sont les signes que nous savons bien exister dans certaines cardiopathies.

La percussion, il le sait bien, ne fournit aucune altération de la sonorité. Les étourdissements, les éblouissements sont notés, comme aussi les palpitations. Mais surtout, il s'appesantit sur la gêne de la respiration « haute, courte, essoufflée ». Le moindre exercice cause un essoufflement accablant ; de temps en temps, le malade est forcé, pour respirer plus facilement, de suspendre sa marche, *surtout quand il monte un escalier.*

Il y a là une description parfaite de la dyspnée d'effort,

de la « dyspnée des escaliers » comme disent certains ; et Hechemann avait raison, quand il demandait qu'on appelât « dyspnée de Corvisart » cette dyspnée d'effort.

Il n'est pas inutile de remarquer que les urines elles-mêmes ont été bien étudiées par Corvisart : il sait qu'à cette période, « leur quantité est toujours naturelle, et ce n'est que dans le cours de la seconde période qu'on observe des irrégularités très singulières dans la sécrétion de l'urine ».

Enfin il observe des cas tout différents où très vite on arrivait au troisième degré, d'autres où tous les signes précédents faisant défaut, l'affection ne se révélait que longtemps plus tard par les signes de la lésion plus avancée.

Le 2° degré. « C'est ordinairement dans la deuxième période de la maladie que les individus qui en sont affectés se présentent à l'observation dans les hôpitaux » et, de fait, nous savons bien que c'est à cette phase d'hyposystolie que le plus souvent nous voyons nos malades pour la première fois.

L'aspect a changé :

« Déjà la figure est bouffie, les joues et les lèvres colorées en rouge vif ou tirant sur le violet. Les pieds et la partie inférieure des jambes enflent pendant la station, mais cette tuméfaction disparaît le plus souvent pendant la nuit (1). ».

Que changerons-nous à cette symptomatologie ?

La percussion décèle la perte de son dans la région du

(1) Essai sur les Malad. du Cœur, 1806 p. 131.

cœur et même souvent dans une étendue remarquable. Les altérations du pouls, telles qu'il les décrit, correspondent bien à la réalité.

Mais c'est encore la *dyspnée* qui est le mieux observée, comme aussi les troubles respiratoires... « le malade ne peut rester dans la position horizontale, il est obligé de se mettre à son séant, de courber son corps en avant... Il ne peut monter trois ou quatre degrés de suite sans qu'un essoufflement extrême ne le force à s'arrêter promptement. La toux est forte, fréquente l'expectoration, dans certains cas peu considérables, est quelquefois très abondante... Il n'est pas rare de voir survenir de légers crachemens de sang (1) ».

Et plus loin, ces lignes ne traduisent-elles pas fidèlement ce que nous avons accoutumé de voir à cette phase hyposystolique ?

« L'infiltration séreuse se manifeste déjà sur les extrémités inférieures. La cavité abdominale, sans paraître positivement le siège d'un épanchement, présente, lorsqu'on touche ses parois, qui paraissent épaissies, une mollesse, une flaccidité qui semblent annoncer l'épanchement prochain d'un liquide. Du reste, la bouffissure du visage, la pâleur annoncent une disposition générale à l'infiltration qui doit bientôt se manifester (2) ».

On voit combien Corvisart a su épier les différences qui séparent le début de la décompensation de la phase d'hyposystolie : il les note en excellent clinicien.

(1) Essai sur les Malad. du Cœur, 1806, p. 133.

(2) Essai sur les Malad. du Cœur, 1806, p. 134.

Il affirme encore la valeur diagnostique et pronostique de l'état des urines, et nous ratifions aujourd'hui ce qu'il écrit, à savoir que « *les urines deviennent rares par intervalles, ce qui rend l'état du malade plus pénible ; quelque temps après elles coulent de nouveau et abondamment... alors que le malade recouvre une apparence de santé qui n'est jamais de longue durée* » (1).

Troisième degré. Le 3^e degré de Corvisart, c'est l'asystolie, et il en a tracé le tableau le plus imagé et le plus exact. D'ailleurs, il déclare lui-même qu'à ce moment là « on ne doit plus se méprendre sur la nature de la maladie ».

L'aspect du grand asystolique, infiltré d'œdèmes cyaniques, est bien décrit, et Corvisart met en valeur la maigreur de ces sujets sous leurs œdèmes.

Cette infiltration gêne la percussion, dit-il, et cependant on arrive avec de l'habitude, à constater qu'il y a une vaste zone de matité, correspondant à la dilatation du cœur.

Pour ce qui est de l'examen de l'appareil circulatoire, il dit qu'il y a quelquefois disparition presque complète des battements du cœur.

« En appliquant la main sur la région de cet organe, à peine sent-on un bruissement étendu, ou un tumulte obscur et profond, impossible à décrire, qui ne ressemble en rien aux pulsations ordinaires : quand ces battements conservent encore de la force, ils se font avec une précipitation extraordinaire. Le pouls, dans presque tous

(1) Essai sur les Malad. du Cœur, 1806, p. 134.

les cas, est petit, fréquent, inégal, intermittent, insensible... ; les veines sont gonflées, surtout au col » (1).

A nouveau, il montre l'intensité de la dyspnée continue, avec efforts vains pour respirer, quelle que soit la position adoptée et le tarissement des urines.

Comme nous le faisons encore, il décrit les deux manières de mourir de ces malades : soit lentement, parfois après quelques convulsions ultimes, soit subitement : « en descendant de son lit, en buvant, en causant même, il cesse de vivre et souvent l'on est surpris de le trouver mort, quand on ne l'a perdu de vue qu'un instant ».

Il faut distinguer cliniquement, l'anévrisme actif de l'anévrisme passif, c'est-à-dire l'hypertrophie de la dilatation du cœur ; et Corvisart s'y emploie. Laissons les conceptions étiologiques : elles ne pouvaient qu'être erronées ; et retenons les vérités : ce sont les faits d'observation ; et là encore s'avère le clinicien.

Dans l'hypertrophie, il a su voir que le poulx est fort, dur, vibrant, résistant au doigt, et « l'on aperçoit souvent, di-il, et distinctement, les pulsations des carotides et des artères des membres » : tous signes que nous connaissons en effet comme valables, surtout lorsque l'hypertrophie ventriculaire gauche relève d'une insuffisance aortique. Le palper fait sentir des « battemens brusques, secs, violens » ; et d'ailleurs ils peuvent être « sensibles à la vue ».

Mais nous devons ici nous arrêter pour transcrire fidèlement les signes qui suivent : « quelle que soit la force de la pression que la main exerce sur la région du

(1) *Essai sur les Malad. du Cœur*, 1806, p. 137.

cœur, elle est toujours soulevée par les mouvemens de l'organe qui, si l'on en croit quelques auteurs, sont souvent assez bruyans pour se faire entendre à une distance surprenante. *Je n'ai jamais, je le répète, entendu ces battemens de loin ; mais plusieurs fois IL M'A SUFFI, POUR LES ENTENDRE TRÈS DISTINCTEMENT, DE LES ÉCOUTER AVEC BEAUCOUP D'ATTENTION ET DE TRÈS PRÈS ; mon confrère, M. Leroux, a depuis peu répété la même observation* » (1).

Il ne s'agit pas de savoir si Corvisart a vraiment eu le mérite, en écoutant battre des cœurs « avec beaucoup d'attention et de très près », de donner à son élève Laënnec l'idée première de l'auscultation : Il suffit de constater qu'il y avait là le germe de l'auscultation.

Corvisart a compris en effet que la clinique comporte l'usage de tous les sens. « Le meilleur médecin, selon lui, a dit Bourdois de Lamothe, était celui qui était parvenu à donner à ses sens le plus de délicatesse ». Et de sa recommandation constante à ses élèves d'entretenir l'exercice de chacun de ces sens, Bourdois se croit autorisé à écrire : « c'est de là peut-être qu'est née dans l'esprit de Laënnec l'idée, si féconde en résultats utiles, de la méthode d'auscultation ».

Peu importe, au demeurant ; sans savoir ausculter, Corvisart a déblayé le terrain, indiqué la méthode de travail et séparé les premiers grands syndromes cardiologiques.

La dilatation lui paraît donc avoir des signes diffé-

(1) Essai sur les Malad. du Cœur, 1806, p. 142.

rents de ceux de « l'anévrisme actif » ; pouls faible, mou « facile à étouffer par la moindre pression », choc de la pointe très faible, donnant l'impression « d'un corps mou qui vient soulever les côtes ».

Vient-on à percuter, on trouve une aire bien plus grande de matité précordiale.

Il apparaît ainsi que Corvisart a réellement isolé les signes de l'hypertrophie et ceux de la dilatation cardiaques.

N'oublions pas, d'autre part, qu'il pratiqua constamment le contrôle de ses arguments cliniques.

Il est le fondateur de la méthode anatomo-clinique, et à lire ce qu'en disent ses contemporains, notamment Ferrus ou Bourdois de Lamothe, on voit que ses diagnostics, fondés sur les signes qu'il a décrits, se trouvaient constamment vérifiés par les autopsies.

Chemin faisant, nous observerons cependant une erreur de notre auteur : il n'a pas saisi les rapports qui unissent le sphacèle des membres et les « anévrismes du cœur ou des gros vaisseaux », rapports qui avaient été établis par Fabrice de Hilden, par Sénac et par Lancisi. A sa décharge, nous rappellerons la rareté de ces faits : la gangrène par embolie est une exception et les faits qu'il rapporte sans y croire ont bien l'allure de gangrène pas artérité.

Il est également curieux de voir Corvisart affirmer qu'il n'a jamais « observé un seul cas d'apoplexie qui ait été l'effet évident d'une maladie de cœur ». Il déclare admettre la possibilité de cette apoplexie, et on voit littéralement décrire l'hémorragie cérébrale chez les hy-

pertendus avec gros cœur ; mais il n'en cite des observations que de seconde main, et n'en a jamais observé.

Il ignore l'embolie et ne peut ainsi comprendre ni la gangrène embolique ni le ramollissement cérébral embolique.

V. LES AFFECTIONS VALVULAIRES. Là où grandit encore le mérite de Corvisart, c'est quand, les syndromes de défaillance du cœur une fois décrits, il s'attaque aux altérations des orifices du cœur, pour en démontrer la grande fréquence et en marquer justement la relation avec les dilatations cardiaques.

Et, derechef, il annonce que les lésions les plus fréquentes sont celles de l'orifice mitral, qu'il s'agisse de durcissement fibreux, d'ossification avec ou sans rétrécissement.

Mais il insiste spécialement sur les lésions de l'aorte : « de toutes les lésions auxquelles le cœur est exposé, la plus fréquente peut-être est l'endurcissement cartilagineux ou osseux des valvules sigmoïdes aortiques ».

Quant à reconnaître les signes de ces altérations valvulaires, il s'en trouve empêché : « Il faudrait pouvoir, dit-il, interroger les pulsations de la pulmonaire ou de ses rameaux comme on examine les battemens de l'aorte ou de ses branches ». Il n'est pas inutile de remarquer qu'à peine aujourd'hui commence-t-on à « *interroger la pulmonaire et ses rameaux* », grâce aux explorations radiologiques récemment mises en valeur par Laubry, Chaperon et Thomas.

Faute de savoir ausculter, il renonce à percevoir di-

rectement les signes des rétrécissements des orifices. Il se borne à en guetter le retentissement sur les autres organes. Sur le poumon ? Là encore, l'auscultation lui manque et il avoue lui-même ne pouvoir s'y reconnaître.

Aussi faut-il « le concours d'un grand nombre de symptômes, dit-il, pour éclairer le diagnostic des rétrécissements des orifices droits : couleur comme ecchymosée de la figure, engorgement plus marqué du système veineux général, du foie en particulier, volume augmenté de cet organe » ; avouons tout au moins qu'il donne là de bons signes.

Dans les rétrécissements de l'orifice mitral, il va jusqu'à signaler « un *bruissement particulier*, difficile à décrire, sensible à la main appliquée sur la région précordiale, bruissement qui provient, sans doute, de la difficulté qu'éprouve le sang à passer par un orifice qui n'est plus proportionné à la quantité de fluide à laquelle il doit donner passage ».

Nous reconnaissons là le roulement diastolique, ou plus exactement sa traduction palpatoire : le frémissement cataire.

Nous voyons de plus que Corvisart nous fournit jusqu'à son explication, qui est celle acceptée encore aujourd'hui.

Ainsi, Corvisart a échoué quand il a tenté d'assigner à chaque lésion orificielle une séméiotique particulière, parce qu'il ne disposait pas de l'auscultation. Eût-il su s'en servir, qu'il n'aurait peut-être pas eu plus de succès.

Laënnec, en effet, ausculta les cœurs, et il échoua au port quand il sut de si géniale façon démêler les finesses de l'auscultation pulmonaire. C'est que, comme notre maître Ribierre l'avait souligné récemment (1), des erreurs fondamentales de physiologie l'empêchaient de rapporter exactement à leur siège d'abord, à leur temps surtout — et c'est le fait capital, — les bruits cardiaques perçus à l'auscultation.

Résumons-nous : ce qui appartient en propre à Corvisart : c'est d'avoir magnifiquement observé et décrit les signes de l'« insuffisance cardiaque ».

Nous l'avons vu s'efforcer de reconnaître la dilatation du cœur à peine commençante. Tout ce que l'examen attentif, le palper, la percussion peuvent enseigner, il l'a noté.

Deux signes de haute valeur sont bien à lui : la dyspnée d'effort, le frémissement des rétrécissements mitraux.

Et toujours il faut revenir à ce qui fait son originalité, nous voulons dire à la discipline qu'il sut s'imposer d'examiner ses malades, de guetter le moindre signe, de comparer le facies, le pouls, les données de la percussion d'un jour à l'autre, pour les confronter finalement aux lésions découvertes à l'autopsie.

C'est en obligeant le médecin à faire de la clinique qu'il prépare le chemin aux grands cliniciens du XIX^e siècle.

C'est en cherchant sans cesse à rapporter tel signe à

(1) *Progrès Médical*, 11 Décembre 1926.

telle affection, et telle affection à telle lésion organique, qu'il prépare toutes les acquisitions ultérieures de l'école anatomo-clinique.

Finies les compilations où l'on n'avait cure que de citer Hippocrate ou Galien !

Corvisart préfère aux citations l'observation personnelle, et chacune de ses descriptions se fonde sur des observations cliniques ou anatomo-cliniques ; nous voyons appliquer pour la première fois les méthodes dont nous vivons encore en médecine.

Voilà donc la partie la plus intéressante de l'œuvre cardiologique de Corvisart : celle où il pressent les asystolies partielles, décrit les états d'insuffisance cardiaque et les rapporte à des lésions organiques des orifices. Mais il reste encore à glaner au long des autres chapitres de son « Essai sur les maladies du cœur ».

VI. LE CARDITIS. — Il faut s'arrêter sur « le carditis » ou « inflammation du cœur ». C'est là une affection que nous ne retrouverons plus dans notre nosographie, à moins d'interprétations toujours hasardeuses. Il semble bien, cependant, que les cas décrits sous ce nom étaient des myocardites.

« Le carditis est mis dans quelques ouvrages au rang des phlegmasies des muscles », dit Corvisart, mais d'ajouter aussitôt que pour lui c'est une affection qui intéresse à la fois divers tissus du cœur, « le tissu musculaire, le séreux, le cellulaire » ; et le tissu cellulaire serait, l'anatomie pathologique le prouve, plus touché que les autres. De sorte que l'on a voulu reconnaître dans cette description, comme le fait remarquer Héche-

mann, la myocardite « interstitielle » des modernes. Mais Iluchard déjà soulignait la grande rareté de cette « *myocardite interstitielle* », et notre maître Ribierre prétendait n'en avoir pas observé un cas authentique. Sans compter que si nous relisons les trois observations de carditis fournis par Corvisart, nous nous apercevons que dans les trois cas il trouva dans le péricarde du liquide purulent.

Bref, sur ce chapitre du moins, n'attribuons pas à notre auteur la découverte d'une affection dont l'existence est fort discutée, et qu'il n'a d'ailleurs peut-être pas décrite.

Quant à la rupture du cœur, il a fort bien observé son extrême rareté et il n'a guère vu que des ruptures de piliers dont il marque les symptômes subits, angoissants, l'évolution vite fatale. Mais ici, comme au chapitre suivant des tumeurs du cœur, le mérite de Corvisart sera surtout d'élaguer, de ne plus accepter comme exactes indistinctement toutes les descriptions rapportées. Il dit « j'ai vu telle chose », et, pour le reste, dans un appendice, il cite l'opinion de quelques auteurs de bon aloi, sans reprendre à son compte les allégations des compilateurs qui l'ont précédé sur le chemin cardiologique. Nous tenons à transcrire ce qu'il écrit : « *Des vers trouvés dans le cœur* ».

« Je pourrais grossir cet appendice d'un grand nombre d'observations tirées de différens auteurs, qui ont prétendu avoir trouvé des vers, soit dans la cavité du péricarde, soit dans celle du cœur ; mais comme la plupart de ces histoires paraissent tenir beaucoup plus du mer-

veilleux que du vrai, comme d'ailleurs je ne connais aucun praticien moderne auquel un seul fait semblable se soit présenté, je me dispenserai de rapporter les observations déjà consignées dans plusieurs ouvrages d'anatomie pathologique » (1).

Nous retrouvons le sens critique qui distingue Corvisart de ses devanciers. Sa méthode est d'une rigueur cartésienne : il n'accepte pour vrais que les seuls faits qu'il connaît lui-même être tels ; il remplace la tradition par l'observation.

Pour les quelques pages consacrées à des malformations congénitales du cœur, elles ne sont pas d'un grand intérêt : Corvisart se contente de décrire quelques-unes de ces lésions rencontrées à l'autopsie et il faudra attendre longtemps encore avant que l'histoire des cardiopathies congénitales se trouve élucidée.

VII. LES ANÉVRYSMES DE L'AORTE.

L'on est assez surpris de voir que Corvisart et les médecins de son temps connaissaient mieux les anévrysmes de l'aorte que les « anévrysmes du cœur ».

On objectera sans doute qu'ils ne connaissaient que ceux qui pointent sous le thorax, qui compriment les organes médiastinaux, bref, qui se comportent comme de véritables tumeurs ; tout au contraire, les anévrysmes qui ne donnent pas ces signes visibles de tumeur expansive et pulsatile devaient leur passer inaperçus. Il ne faut, toutefois, pas oublier que sans le secours de

(1) Essai sur les maladies du cœur, p. 303.

l'écran radioscopique, nous passerions souvent encore à côté de tels anévrysmes ; et jusqu'à ces dernières années, les seuls anévrysmes aortiques diagnostiqués sur le vivant étaient ceux décrits par Corvisart.

Querellons d'abord notre auteur ; il sépare, comme on faisait alors, les vrais et les faux anévrysmes. Les vrais sont dus à la seule dilatation de l'aorte, les faux sont ceux où une seule tunique est dilatée, les autres étant rompues. Il veut apporter quelque lumière nouvelle dans l'histoire, qui lui paraît embrouillée, de ces faux anévrysmes, et il suggère que ces anévrysmes « loin de se développer de dedans en dehors par la dilatation d'une ou de toutes les tuniques artérielles, se formeraient au contraire du dehors en dedans par une sorte d'érosion, d'usure de ces mêmes tuniques ».

Il est bien probable que ces « faux anévrysmes » étaient tout simplement des ectasies ayant déjà usé une part de l'armature aortique ; et Corvisart, pour une fois, s'égare.

Pour l'anévrysme vrai de l'aorte, il l'étudie fort bien : d'emblée, il en marque le terme fatal, la rupture.

Mais nous sommes surtout intéressés par le chapitre où se trouvent étudiées « les causes des anévrysmes de l'aorte ».

On voit, une fois de plus, Corvisart appliquer sa méthode, toute d'ordre et de clarté ; il ramène à deux grands chefs les causes des anévrysmes : d'une part, les causes tenant aux « *dérangemens de la circulation* », d'autre part celles tenant à la désorganisation du vai-

seau lui-même. Bref, il accuse des altérations du contenu comme du contenant.

« *Les dérangemens de la circulation* » peuvent, à son sens, engendrer des anévrysmes ; et il tente de prouver que l'augmentation de la « force impulsive du cœur, ou les obstacles apportés au cours du sang au-delà du point où il se dilate », jouait un rôle valable. On le voit cependant apporter quelque réserve quand il donne « l'histoire d'un anévrysme de l'aorte qui paraît pouvoir être attribué, du moins en partie, à cette cause ».

Il insiste davantage sur les lésions de la paroi aortique, et avec un peu de bonne volonté, on pourrait faire prophétiser Corvisart, puisqu'il met au nombre des causes qui peuvent déterminer une désorganisation des parois du vaisseau, non seulement « les efforts violens, les coups portés sur l'extérieur de la poitrine, les efforts de la toux... » mais aussi « le transport et la fixation d'un vice morbifique sur les parois de l'artère ». En vérité, il donne autant d'importance et peut-être plus aux causes mécaniques qu'à celles nommées par nous infectieuses.

Mais nous voulons mettre en valeur le bon sens du clinicien, quand il écrit : « Plusieurs observations autorisent à penser que le virus psorique, scorbutique, *vénérien*, peuvent, sinon causer des dilatations anormales, au moins introduire dans le corps humain une singulière disposition à ces affections. Des faits sans nombre déposent en faveur de cette opinion ».

Tandis que Corvisart note, comme d'autres, cette coïncidence de la vérole et des anévrysmes, n'oublions

pas que ses successeurs ne s'en souviendront plus, et, en 1865, Luton écrit : « L'action de la syphilis est moins bien démontrée », et il en conclut au rôle essentiel des « efforts et des traumatismes répétés » (1).

« Quand on vient à la description clinique de l'anévrysme de l'aorte, on est frappé de la justesse des observations.

Corvisart connaissait aussi bien que nous les différences dans la difficulté du diagnostic entre l'anévrysme qui « se présente à l'œil et au toucher du praticien », et celui qui, ne faisant pas tumeur au dehors peut être confondu avec « certaines autres affections de la poitrine ».

Il décrit le frémissement que l'on peut percevoir au niveau de la poche anévrysmale ; il le nomme bruissement, comme la sensation semblable qu'il décrivait déjà dans le rétrécissement de l'orifice mitral. Mieux encore, il note qu'on perçoit ce *bruissement* « au-dessus du lieu où se trouve naturellement placé le cœur, cet organe battant dans son lieu ordinaire ».

Ce sont « les deux cœurs dans la poitrine », comme on l'a dit plus tard. Et tous les autres signes qu'il donne sont exacts : « l'obscurité du son que rend la partie supérieure et moyenne de la poitrine lorsqu'on la frappe, la petitesse du pouls et son irrégularité dans certains cas, d'autres fois son inégalité sur les deux bras, sont autant de phénomènes que l'on peut compter au

(1) Nouveau Dictionnaire de Méd. et Chirurg. pratiques, 1865, t. 2, p. 762.

nombre des signes en quelque sorte pathognomoniques des anévrysmes de l'aorte » (1).

Et encore ce ne sont là les signes que des anévrismes profonds ; s'il y a véritablement tumeur artérielle visible et palpable, alors le diagnostic s'impose, dit Corvisart : « le plus souvent, on y sent, et même on peut y apercevoir des battemens isochrones à ceux du cœur, d'autres fois des bruissements particuliers qui ne peuvent appartenir qu'à une tumeur artérielle, surtout si l'on sent, comme il arrive presque toujours, le cœur battre dans son lieu naturel, outre les battemens que fait sentir la tumeur de l'aorte dans un autre point de la poitrine » (2).

Les compressions, dont la plus commune est celle de la trachée, l'usure incroyable du plastron osseux, les ruptures et leurs hémorragies foudroyantes ; toutes ces complications mécaniques des anévrysmes sont traitées.

VIII. LES COROLLAIRES. — L'ouvrage de Corvisart se termine par des Corollaires, où l'auteur revient sur ses diverses affirmations, les reprend, précise les points de détail. C'est ici qu'il insiste sur la valeur séméiologique et diagnostique de la percussion. « Dans le rang des moyens extérieurs de reconnaître les affections de l'organe central de la circulation, on doit accorder une place distinguée à la percussion de la poitrine... Tel est même le degré de précision de ce moyen que souvent j'ai pu déterminer, avec exactitude l'ouverture des ca-

(1) Essai sur les Malad. du Cœur, p. 346.

(2) Essai sur les Malad. du Cœur, p. 349.

davres l'a prouvé) le degré de dilatation du cœur, en le mesurant, pour ainsi dire, sur l'étendue des parois de la poitrine... Combien de fois après la mort des sujets, n'ai-je pas été à portée de reconnaître la vérité du diagnostic, qu'à l'aide de la percussion j'avais établi ! »

Il discute les mérites comparatifs de cette percussion et de la « *pression abdominale* », autre mode d'exploration proposé par Bichat, et que notre auteur dit être infidèle. Mais, de plus, c'est dans ces corollaires qu'on trouve annoncée la traduction de l'ouvrage d'Avenbrügger, en ces termes : « Je donnerai au public, après cet ouvrage, une traduction nouvelle de celui d'Avenbrügger, avec des commentaires très étendus. Elle sera sous presse au moment où celui-ci paraîtra » (1).

C'est ici le lieu de noter combien la composition et le plan de l'ouvrage de Corvisart paraissent singuliers. Nous demanderions aujourd'hui une description où toutes les parties fussent ajustées dans un certain ordre ; nous aimerions voir décrire les maladies du cœur à leur début, puis aux diverses phases successives, tandis qu'ici cet ordre n'est suivi que par endroits. Pour certains chapitres il faudra chercher dans le discours préliminaire, dans le traité lui-même, dans les corollaires, des fragments séparés. C'est dans cet appendice qu'on voit broser un tableau de diagnostic des affections organiques cardiaques avec celles du poumon, avec les hydropisies de poitrine. Il est pour le moins curieux de voir citer les

(1) Essai sur les Malad. et les Lésions organiques du Cœur (coroll., p. 377), note.

résultats de la percussion à chaque page du Traité, pour ne trouver qu'à la fin l'explication de ce nouveau mode d'exploration, inconnu jusque là. Il y a loin de cet ordre brisé à celui que nous sommes accoutumés à suivre et pourtant il faut reconnaître que Corvisart a le premier sans doute apporté autant de rigueur et de méthode dans la classification et la description cliniques. Sénac mélangeait encore constamment étiologie, anatomie pathologique, clinique.

Il reste aussi quelques mots à dire des notes thérapeutiques inscrites par Corvisart dans ses corollaires. Il y revient sur l'inutilité, à son sens, et sur les dangers de la ponction du péricarde ; pour ce qui est des « anévrysmes du cœur », il emploie certains remèdes dont nous savons encore de nos jours apprécier la valeur. Le sirop de nerprun, les préparations scillitiques et ce fameux vin amer et diurétique de la Charité : autant de drogues dont les effets ne sont pas à dédaigner.

Mais on comprend que, démunie de tout médicament actif sur la défaillance cardiaque elle-même, ignorant la digitale, il ait assigné aux affections organiques du cœur un terme vite fatal.

Avons-nous d'ailleurs, même aujourd'hui, autre chose que des palliatifs à notre disposition ?

Que servent nos tonicardiaques, si la cause même de la défaillance cardiaque n'est pas traitée ?...

Corvisart, qui donnait la place de choix avec affections morales et aux passions parmi les causes de cardiopathies, ne pouvait les comprendre que du point de vue mécanique ; elles aboutissaient toutes mécaniquement à

la dilatation et à la diminution considérable de la force musculaire du cœur, et contre cette fatigue du muscle cardiaque, Corvisart et son temps étaient démunis.

Il faudra Bouillaud pour montrer qu'avant les explications mécaniques, il faut faire place à l'inflammation. Par un véritable renouveau, la notion primordiale de l'infection causale, le rhumatisme en l'occurrence, vient d'être remise en valeur : alors même qu'on est en pleine déchéance mécanique du muscle cardiaque le travail lent de la cause inflammatoire se poursuit cependant à bas bruit, et cette notion du rhumatisme cardiaque évolutif a suscité récemment de beaux succès thérapeutiques. Mais pouvons-nous faire grief à Corvisart d'avoir ignoré ce rôle de l'inflammation ? Souvenons-nous que ce n'est que dans ces dernières années qu'on a compris toute l'importance, au point de vue thérapeutique, de la lésion inflammatoire.

D'ailleurs, il est intéressant de voir Corvisart assigner explicitement un rôle à certaines infections, aux maladies vénériennes, par exemple. Il semble, d'après ce qu'il écrit, que ce n'était pas là chose universellement admise.

« Pourquoi donc se refuserait-on à croire que le virus vénérien puisse porter son action destructive sur le cœur, ou sur l'une ou l'autre de ses parties » (1). Aussi demande-t-il qu'on emploie les médicaments antisypilitiques, et quand il dit qu'on pourrait peut-être « obtenir par ces moyens, sinon une cure radicale, au moins

(1) *Traité des Malad. du Cœur*, p. 220.

une diminution marquée dans les symptômes de la maladie » ne croirait-on pas ces lignes écrites d'hier ?

En nous montrant que si l'on frappe la cause elle-même, on peut espérer quelques résultats, tandis que si l'on s'attaque à la seule défaillance mécanique, on n'obtient que des effets transitoires, Corvisart est dans le vrai. A son septicisme, nous ne pouvons que nous rallier, après tant d'acquisitions thérapeutiques dans le domaine tonicardiaque !

Dans la conclusion de son Traité, Corvisart termine en opposant les données cliniques et pronostiques dûment établies, croyait-il, aux hypothèses thérapeutiques. « Il n'en est pas ainsi, dit-il, du traitement des maladies de cœur. *C'est sans doute la partie dans laquelle il reste le plus à faire* ».

C'est encore aujourd'hui « la partie dans laquelle il reste le plus à faire », avouons-le. Et, dans l'ensemble, les aphorismes de Corvisart restent vrais : il est possible de connaître les maladies de cœur, de les améliorer parfois, de les guérir jamais.

Valeur et Influence de l'œuvre cardiologique de Corvisart

Nous pensons que l'étude détaillée de l'œuvre de Corvisart montre assez la grande place qu'il occupe dans l'histoire de la Cardiologie. Nous voudrions cependant y revenir pour peser au plus juste l'influence de notre auteur et apprécier les progrès qui lui sont dûs.

I. Acquisition dues à Corvisart

De ce que nous avons rapporté plus haut, il résulte qu'à proprement parler la Cardiologie n'existait pour ainsi dire pas avant Corvisart. L'un des plus grands services qu'il aura rendus, c'est d'avoir créé la séméiologie cardiaque : la différence entre affections cardiaques et pulmonaires deviendra possible. Mais surtout l'œuvre de Corvisart apporte quelques faits d'ordre général qui régissent encore notre Cardiologie :

1) *La séparation des troubles fonctionnels et des maladies organiques du cœur.* On voit Corvisart constamment préoccupé de cette distinction. Palpitations, dysp-

née, syncope surviennent en dehors de toute lésion organique du cœur : il le sait. La difficulté étant d'établir les critères nécessaires à cette différenciation, Corvisart les cherche dans les signes physiques, et il devient séméiologiste.

2) *L'emploi, le perfectionnement de la percussion et la critique des résultats obtenus*, voilà, on le sait, un des grands titres de gloire de Corvisart. Il s'agit là d'une étape : pour la première fois, on explore de près les malades, et de la percussion immédiate de Corvisart à l'électro-cardiographie, il n'y a qu'une suite logique de progrès.

Il est d'un bel effet oratoire de prétendre, comme fit Peter dans une de ses leçons, que Corvisart dénatura l'invention d'Avenbrügger, puisque ce dernier préconisait la percussion médiate et limitée et de s'écrier (1) « Chose plus bizarre encore ! Corvisart, pour en connaître la force, écoutait les battements du cœur, et il ne sut pas en entendre les bruits ». Mais, en vérité, autant reprocher à Laënnec de n'avoir pas inventé la radiologie !

Nous pensons qu'il y a dans ces deux progrès le germe de tous les autres.

Pour affirmer en effet la fréquence des maladies organiques du cœur, notre auteur se fondait sur les lésions trouvées à l'ouverture des cadavres : après Morgagni il faisait la part belle à l'anatomie pathologique ; il déclare même dans son ouvrage qu'on ne peut s'en passer. Peter aura beau écrire : « Un écueil se présentait, qu'on ne sut

(1) *Leçons de Clinique Médicale*, Asselin édit. Paris 1879, p. 2.

pas suffisamment éviter : *ce fut de confondre la lésion avec la maladie...* (1) » : il n'en reste pas moins que tout ce que nous savons actuellement de médecine trouve sa racine dans la correspondance des signes cliniques aux lésions organiques.

Pour avoir, la percussion aidant, créé la séméiologie cardiaque, il fut donné à Corvisart de faire le premier des diagnostics en matière des maladies du cœur, et il y avait là quelque chose de tellement étonnant, que la surprise se retrouva chez tous les contemporains et jusque chez Cuvier.

Mais trois découvertes nous paraissent avoir été encore plus fécondes, du point de vue cardiologique pur ; il s'agit de :

1) La distinction établie entre anévrysmes actifs et anévrysmes passifs du cœur, c'est-à-dire entre hypertrophie et dilatation.

2) La distinction des 3 périodes successives au cours de l'histoire clinique des anévrysmes du cœur, c'est-à-dire au cours des états de défaillance cardiaque.

3) Le lien de cause à effet établi entre les lésions des orifices valvulaires et la défaillance cardiaque.

A. La distinction entre anévrysmes actifs et passifs ne fut pas à vrai dire acceptée par tous ; et notamment Portal, sans citer Corvisart, s'attaque à ceux qui tentent pareille discrimination. Le reproche qu'il fait, et que Beau reprendra un demi-siècle plus tard, c'est que les anévrysmes dits actifs correspondaient à un hyperfonctionnement du cœur ; les anévrysmes dits pas-

(1) Leçons de Clinique Médicale, p. 3.

siis à une défaillance ; alors qu'au contraire il n'est pas rare de voir des cœurs en même temps hypertrophiés et défaillants, querelle où les arguments sont uniquement d'ordre mécanique car on ne peut encore voir intervenir l'explication de l'atteinte cardiaque par le rhumatisme. Peut-être d'autres que Corvisart avaient-ils déjà entrevu le rôle de l'hypertrophie cardiaque ; et dans le « *Traité d'auscultation* » de Beau, quelques pages curieuses sont consacrées à la discussion de la première observation où pareil fait fut signalé (1) ; elle serait de J. Mayow, physiologiste éminent du XVII^e siècle, et non pas de Blancard, comme il avait été dit, et Beau accuse formellement ce dernier auteur d'avoir copié mot pour mot l'observation de Mayow.

De toute manière, il est des cas où l'hypertrophie du cœur ne signifie pas seulement augmentation de la force de cet organe : un cœur hypertrophié peut être défaillant. Voilà le seul correctif que ses contemporains apportèrent à l'opinion de Corvisart.

B. La distinction des trois périodes se succédant au cours de l'anévrysme ou défaillance du cœur, appartient en propre à Corvisart. Il reconnaît lui-même que ce n'est là qu'un schéma ; n'oublions pas que ce schéma est utilisé encore aujourd'hui.

C. Les lésions orificielles données comme cause de la défaillance cardiaque, voilà encore qui n'avait jamais été soutenu avant notre auteur ; aussi est-on fort surpris de

(1) Edition, Paris 1836, p. 355.

lire dans « l'Histoire de la médecine » de Meunier « ...Morgagni avait seulement déjà constaté sur le cadavre les lésions d'orifice. Corvisart va aussi en parler, mais il ne verra pas le lien pathogénique qui les unit aux affections du cœur ».

Il suffit, au contraire, de se reporter au « Traité des maladies du cœur » pour voir établir comme nous l'avons déjà souligné, le lien entre lésions orificielles et défaillance cardiaque, découverte tellement importante qu'elle est la base même de la cardiologie.

II. Ce qui reste de l'œuvre de Corvisart

Qu'est-il advenu de ces notions, nouvelles au moment où Corvisart les enseignait ? On a définitivement établi le cadre des lésions organiques du cœur ; par là, on s'est convaincu que Corvisart avait raison d'en soutenir l'exceptionnelle fréquence, contre ceux qui, comme Cuvier, insinuaient qu'à la suite de Corvisart les jeunes médecins ne rêvaient plus que lésions organiques cardiaques !...

On a sans doute séparé définitivement aussi ces lésions des syndromes fonctionnels encore que bien des problèmes de cet ordre restent en suspens, tel que celui de l'angine de poitrine.

A-t-on conservé quelque faveur à la percussion dans la séméiologie cardiaque ? Classiquement, oui ; en fait, on s'habitue peut-être trop à s'en passer, et tous les cardiologues s'en plaignent. Quand on peut bénéficier du secours de la radiologie, il est excusable de traiter la percus-

sion en parenté pauvre sinon elle peut rendre les mêmes services que lui demandait Corvisart, et l'on sait bien que le diagnostic des péricardites liquidiennes repose tout entier sur les données de la percussion.

D'autre part, ce fut l'œuvre des cardiologues du XIX^e siècle de préciser les rapports des affections organiques orificielles et de la défaillance cardiaque et surtout de trouver les signes des diverses affections orificielles.

Ici, Corvisart avouait son impuissance, et il faut laisser à l'auscultation, à Laënnec, à Bouillaud, le mérite d'avoir permis ces précieuses distinctions.

Quant à la séparation des phases successives depuis l'état de compensation jusqu'à l'asystolie terminale, elle a été conservée. Au contraire, si Portal, si Beau n'utilisaient pas les formules de Corvisart, nous y sommes revenus et l'on a guère eu par la suite que le mérite de leur donner des noms grecs. Mis à part les signes fournis par les méthodes d'inscription graphique et par la radiologie, on s'aperçoit, en relisant Corvisart, qu'il connaissait tous les symptômes et tous les signes décrits encore aujourd'hui au décours des insuffisances cardiaques.

Mais la séparation existe-t-elle réellement entre l'hypertrophie et la dilatation cardiaques ? On l'a cru jusque dans ces dernières années ; les travaux de Laubry et de ses élèves sont venus révoquer en doute la dilatation des cavités droites. Classiquement, depuis Corvisart, l'asystolie était due à la dilatation, et plus particulièrement à la dilatation des cavités droites. Tout au contraire, Laubry soutient que cette dilatation est exceptionnelle et ne se voit que dans des cas très particuliers

et peu nombreux. Dans tous les autres cas, les cavités droites ne sont pas dilatées, mais l'hypertrophie des cavités gauches refoulerait la cloison interventriculaire, pour réduire presque à néant la cavité du ventricule droit. Les signes d'asystolie seraient dûs à l'hypertrophie du ventricule gauche et non pas à la dilatation des cavités droites.

Il est possible que d'ici peu d'années s'accomplisse une révision des notions classiques d'hypertrophie et de dilatation héritées depuis plus d'un siècle de Corvisart.

Les travaux de Laubry, les notions nouvelles sur l'hypertrophie du cœur découlant des travaux lyonnais de Bouchat et Bonafé, de Dumas, des études de Walser sur la myocardie, modifieront sans doute bientôt les conceptions de l'hypertrophie et de la dilatation cardiaques ; mais rien de tel n'est encore définitivement démontré : jusqu'à ces dernières années l'on a vécu sur le fonds légué par Corvisart, et jusqu'à nouvel ordre on les doit tenir pour exactes dans l'ensemble.

Ainsi Corvisart, ayant envisagé les affections du cœur dans les conséquences mécaniques qui en découleront, a donné les grands principes sur lesquels s'est fondée la Cardiologie.

Qu'il n'ait pas connu le rôle de l'infection, si important, il n'en peut être autrement.

Laënnec pour le poumon et tous jusqu'à l'ère pastoriennne furent dans la même ignorance. La gloire de Bouillaud n'apparaît que plus grande d'avoir affirmé si tôt les rapports entre les lésions cardiaques et la maladie infectieuse rhumatismale.

« Du reste, comme nous l'avons déjà dit, on avait trop conservé la doctrine mécanique — la doctrine de Corvisart — dans sa pureté et il a fallu les travaux de Ribierre et Pichon (1) sur le rhumatisme cardiaque évolutif pour rappeler que les affections cardiaques ne sont pas une pure question d'hydraulique et de défaillance musculaire. Mais, en définitive, la Cardiologie s'est construite sur le « Traité » de Corvisart et il est même remarquable qu'avec les moyens d'exploration dont il disposait, cet homme ait su dégager de grands principes que l'épreuve du temps n'a fait que confirmer.

(1) RIBIERRE et PICHON. — Le Rhumatisme cardiaque évolutif, in *Paris Médical*.

Conclusions

I. Corvisart, fondateur de la médecine anatomoclinique, a surtout été un cardiologue. Avant lui, on ne connaissait bien que les lésions anatomiques de la péri-cardite et seul Sénac avait tenté une étude raisonnée des affections du cœur.

II. Les quatre grands traits du caractère de Corvisart : sens critique, indépendance, don d'observer, scepticisme, aident à comprendre qu'il soit devenu, en médecine, un novateur.

III. Dans son « *Essai sur les Maladies et les lésions organiques du cœur* » il avance des faits nouveaux :

1°) Fréquence des lésions organiques du cœur.

2°) Nécessité de séparer les troubles fonctionnels des lésions organiques définies.

3°) Nécessité d'avoir une séméiologie cardiaque, fondée essentiellement sur la percussion.

Dans ses descriptions cliniques, restées exactes, des « anévrysmes du cœur », c'est-à-dire de l'insuffisance cardiaque, il signale pour la première fois :

1°) La dyspnée d'effort.

2°), Le frémissement perçu à la main dans les rétrécissements mitraux.

IV. Mais son œuvre met surtout en valeur trois notions capitales :

1°) La distinction entre l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

2°) La distinction de trois périodes successives dans l'évolution des « anévrysmes du cœur », c'est-à-dire dans l'insuffisance cardiaque.

3°) Le lien de cause à effet entre les lésions orificielles et la défaillance cardiaque.

Il est ainsi le premier à donner l'explication mécanique de la défaillance du cœur.

V. En demandant d'observer minutieusement les malades de leur vivant, pour confronter les symptômes avec les lésions trouvées à l'autopsie, il fonde la Cardiologie anatomo-clinique.

En employant, le premier, la percussion inventée par Avenbrügger, il crée les méthodes d'exploration et prépare la voie à Laënnec.

En affirmant que la défaillance cardiaque est souvent en rapport avec les lésions orificielles, il donne sa base la plus solide à la Cardiologie actuelle.

VI. En effet, si actuellement les notions relatives à l'hypertrophie et à la dilatation cardiaques ont besoin

d'être révisées, si aux côtés de l'élément mécanique l'élément infectieux a pris une place de premier plan en Cardiologie, il n'en reste pas moins que Corvisart a le premier dégagé les notions essentielles en matière d'affections du cœur, donné des classifications encore en usage, et tracé les premières descriptions cliniques exactes.

Vu le Doyen,

Vu le Président,

ROGER.

P. MÉNÉTRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Indications bibliographiques

I. Recherches historiques sur Corvisart

- 1 BILLARD. — Epigramme contre Corvisart, Le Brun, 1808 (chronique méd., Paris 1921, XXVIII).
- 2 BLANCHARD (R.). — Une lettre inédite de Corvisart (Bulletin de la Société Française d'Hist. de la Médecine 1902).
- 3 BEGIN (E.). — Histoire de Napoléon, de sa famille et de son époque, Paris 1854.
- 4 BOUGON. — Corvisart et Napoléon, d'après un livre récent (Chronique Médicale, Paris 1911).
- 5 BOUILLOT (abbé). — Biographie ardennaise ou Histoire, des Ardennais qui se sont fait remarquer par leurs écrits, leurs actions, leurs vertus ou leurs erreurs, Paris, Mézières, 1830.
- 6 BOURDOIS DE LAMOTHE. — Rapport fait à l'Académie sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans la salle des séances (Mémoires de l'Académie royale de médecine, T. IV, Paris 1835).
- 7 BOURDON (Isidore). — Illustres médecins et naturalistes des temps modernes, Paris 1844.
- 8 — Physiologie médicale, Paris 1828, livre V 551, 552.
- 9 — Dictionnaire de la conversation.
- 10 CABANÈS. — Le cabinet secret de l'Histoire. Les indiscrétions de l'Histoire.
- 11 — Au chevet de l'Empereur, Paris 1924.
- 12 — Dans l'intimité de l'Empereur, Paris 1924.
- 13 CLOQUET (H.). — Notice nécrologique sur Corvisart (Nouveau journal de Médecine, t. XII, 92, septembre 1821).

- 14 CORBIER (A.). — Les médecins de Paris de 179. à 1794, Paris 1902.
- 15 CORVISART. — Notice sur Bichat suivie des discours prononcés sur sa tombe par MM. Lepreux et Roux, Paris 1802, in-8°.
- 16 CUVIER. — Recueil des Eloges historiques des membres de l'Académie Royale des Sciences, Paris Strasbourg, 1827, T. III.
- 17 DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, Paris 1886.
- 18 DELAUNAY. — Le Monde Médical parisien au XVIII^e siècle, Rousset, 1906.
- 19 DICTIONNAIRE de Médecine et de chirurgie pratique, Paris 1878.
- 20 DUPUYTREN. — Discours prononcé à la mémoire de Corvisart (Séance publique de la Faculté, du 22 novembre 1821). Paris 1821.
- 21 FERRUS. — Notice historique, Paris 1821, in-8°.
- 22 FIESSINGER. — La thérapeutique des vieux maîtres, Paris 1897.
- 23 GAULLIEUR L'HARDY. — Corvisart d'après des lettres autographes inédites (*Gazette des Hôpitaux*, 27 mai 1913).
- 24 GACHOT (Ed.). — Marie-Louise intime.
- 25 *Gazette Médicale de Paris*, 25 novembre 1837.
- 26 GENEVRIER. — La piqûre anatomique de Corvisart (*France Médicale*, Paris 1907).
- 27 GODART (Jules). — Eloge de Corvisart (in *Bulletin de la Société anatomique*, XXIII, 420).
- 28 *Grand dictionnaire universel du XIX^e siècle*, Larousse, Paris 1869.
- 29 GUELLIOT (O.). — A propos du centenaire de Corvisart (Documents inédits, chronique méd., Paris 1921, XXVII).
- 30 GUELLIOT (O.). — Corvisart et Napoléon (*Revue de Champagne et de Brie*, 1881, XI, p. 165).
- 31 HELME (F.). — Vieux logis, vieux souvenirs (*Presse Médicale*, 21 août 1909, p. 658).
- 32 *Histoire de la médecine et des Médecins à travers les âges*, Paris, Renouard, 1888.
- 33 *Isographie des hommes célèbres*, Paris 1828-1830.
- 34 JANIN DE ST-JUST. — Journal l'Abeille, Paris 1^o21 tome IV (402-418).

- 35 *Journal « Les Débats »* (20, 21, 22, 23 septembre 1821).
- 36 LAS CASES (C^{te}). — Mémorial de Sté-Hélène. Paris 1823. T. II. p. 350-403, T. V, p. 363.
- 37 *Le Constitutionnel* (20, 22, 23 septembre 1821).
- 38 LEROUX. — Discours prononcé sur le cercueil de Corvisart, 21 septembre 1821. Paris, 1824, in-4°.
- 39 MASSON (Frédéric). — Napoléon chez lui, Paris 1921 (70, 75).
- 40 *Mémoires de la duchesse d'Abrantès*. Paris, Mame, 1835.
- 41 MÉRAT (F. N.). — Recueil d'éloges (Extrait du journal de méd. française et étrangère. Cahier du mois d'octobre 1821).
- 42 MEUNIER. — Histoire de la médecine, Paris 1924.
- 43 MICHAUD. — Biographie universelle ancienne et moderne, Paris 1854.
- 44 *Moniteur Universel*, septembre 1821, n° 264.
- 45 PARIST. — Histoire des membres de l'Académie Royale de médecine (Eloges lus dans les séances publiques de l'Académie), Paris 1845, tome I, p. 92, 129.
- 46 PAULY. — Bibliographie des Sciences méd., Paris, Tross, 1874.
- 47 PELLETIER. — Mémoires Académie de Méd. Paris 1828 (Lu dans la séance publique du 28 juillet 1824), tome I, p. 107, 133.
- 48 PEYRE (Roger). — Napoléon et son temps, Paris 1896.
- 49 POTAIN. — Clinique médicale de la Charité 1894 : Corvisart et son temps.
- 50 RAYEUR. — Variétés ardennaises, Charleville, 1895.
- 51 RÉVEILLE-PARISE. — Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Galerie médicale : Corvisart, Paris 1844, tome I (303-319).
- 52 ROUY. — Illustrations ardennaises.
- 53 SCHRÖDER (H.). — Zum 100. Todestag von Corvisart, Münschen. med. Wehnschz 1921 (LXVIII, 1197).
- 54 STRAUSS (T.). — Jean Nicolas Corvisart; zum Andenken an seinen 100. Todestag. Deutsche med. Wehnschz, Leipzig et Berlin 1921 (XLVII, 1103).
- 55 THIERS. — Histoire du Consulat et de l'Empire (T. XI, p. 327, 295 et T. XX, p. 663, 679, 680), Paris 1851.
- 56 VINCENT (Henri). — Les inscriptions anciennes dans l'arrondissement de Vouziers.

57 WELSCHINGER. — Un pronostic de Corvisart (Chron. méd., Paris 1911).

— Corvisart et Marie-Louise (Chron. méd., Paris 1901, 1902, 1913).

II. La Percussion

58 HÉCHEMANN (Louis). — Corvisart et la Percussion. Paris, Michalon 1906 (avec la bibliographie relative à la question jusqu'en 1906, sauf les indications suivantes que nous avons relevées par ailleurs).

59 ALVARENJA (P. F. da C.). — Bosquejo historico da percussão, Lisboa 1874, in-8°.

60 BERNHARD NOLTENIUS. — Bremen Zur Geschichte der Perkussion von ihrer Bekanntgabe durch Avenbrugger (1761) bis zu ihrer Wiederbelebung durch Corvisart (1808) (in Archiv für Geschichte der Medizin. Leipzig, März 1908, Heft 5).

61 CORVISART. — Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité, d'après Avenbrügger, traduit du latin. Paris 1808, in-8°.

62 DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences méd. Tome 220, 2^e série. Paris 1886 (pages 755-760).

63 DOCK. — Leopold Auenbrugger and the history of percussion roy. in-8°, 1898.

64 MAILLIOT. — Histoire de la Percussion depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Paris Baillière, 1852, in-8°.

65 OTIS (E. O.). — Auenbrugger and Laennec the discoverers of percussion and auscultation. Boston M. et S. J. 1898.

66 RICE (Florence). — Historical sketch of percussion and auscultation. Trained Nurse et Hosp. Rev. N.-Y. 1903.

III. Recherches cardiologiques

a) Indications relatives aux précurseurs de Corvisart

67 ARÉTÉE. — Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques; traduit du grec avec un sup-

- plément et des notes, par M. L. Renaud. Paris Lagny, 1834, in-8°.
- 68 AVICENNE. — De corde. Lugd. 1559, in-8°.
- 69 *Bibliographie Médicale*. Paris (Pankouke), 1820-1825.
- 70 CABARET (P. J.). — Revue de thérapeutique méd. chirurg. Paris 1870 (Portal).
- 71 — Gazette des Hôpitaux, Paris 1857.
- 72 CHOMEL. — Essai historique sur la médecine en France. Paris 1792.
- 73 DUCASSE. — Notice nécrologique sur Portal (séance publique de la Société de méd. de Toulouse 1833, 73).
- 74 DEGRIS (G.). — Etude sur Sénac, 1^{er} médecin de Louis XV. Thèse Paris 1901.
- 75 DEREMBERG. — Histoire des Sciences Médicales. Paris 1870, 2 vol. in-8°.
- 76 ELOY (J.). — Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne. Mons 1778, 4 vol. in-4°.
- 77 FABRICE D'AQUAPENDENTE. — Opéra omnia, Leipzig 1687.
- 78 *Gazette Médicale de Paris* du 28 juillet 1832 (notice nécrologique sur Portal).
- 79 GOULIN. — Etat de la médecine, chirurgie et pharmacie en Europe et principalement en France pour l'année 1777.
- 80 HIPPOCRATE. — Œuvres (traduit sur le texte grec par le chevalier de Mercy) Paris 1811, 1832, Tome VI, traité de l'ostéologie, du cœur, des veines et de l'aliment.
- 81 HOESER. — Lehrbuch der Geschichte der Medizin. Iéna 1875, 3 vol. in-8°.
- 82 KURT SPENGLER. — Histoire de la Médecine. Traduction française par Jourdan. Paris 1815, in-8°.
- 83 LANCISI. — De motu cordis et anevrismatibus, 1728.
- 84 MASSA (Nicolas). — Epistolæ medicinales. Venetius, 1542-1550.
- 85 MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum..... Venise 1761.
- 86 PARISET. — Discours prononcé aux obsèques du baron Portal, le 25 juillet 1832, in *Gazette Méd.* du 28 juillet 1832 (447 à 450).
- 87 — Mémoires Académie de Médecine (Portal), Paris 1835.
- 88 — Revue méd. française et étrangère (Portal), Paris 1832.

- 89 — Histoire des membres de l'Acad. Royale de Méd. Eloge de Portal. Paris 1850.
- 90 PEISSE. — La Médecine et les médecins. Paris 1857, tome II, p. 415.
- 91 PORTAL. — Histoire de l'anatomie et de la chirurgie. Paris, Didot, 6 vol. in-8° 1770-1773.
- 92 — Cours d'anatomie med. ou élémens d'anatomie... Paris Baudoin, 5 vol. in-8°, 1804.
- 93 — Mémoires sur la nature et le traitement de plusieurs maladies, avec le précis d'expériences sur les animaux vivans.... 5 vol. in-8°, Paris 1800-1825, Tome II et IV.
- 94 REALDO COLOMBO. — De re anatomica. Venetius 1559.
- 95 SERVET MICHEL. — Christianismi restitutio, 1553 (169 à 171).
- 96 SERRES et SILVESTRE DE SACY. — Funérailles de Portal. Discours. Paris 1832, in 8°.
- 97 SÉNAC. — Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies. 2 vol. Paris 1749 (une 2^e édition fut publiée en 1777 par Portal).

b) Indications relatives à Corvisart et à la Cardiologie

- 98 BEAU J. — Traité d'auscultation. Paris 1856.
- 99 BARBILLON. — Corvisart (1755-1821) in Paris Médical, 5 juillet 1924.
- 100 BERTIN R. J. — Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux, rédigé par Bouillaud. Paris-Baillière, 1824 in 8°.
- 101 CORVISART. — Essai sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, publié par le D^r C. H. Horeau, 1^{re} éd. Paris 1806, 2^e éd. 1811, 3^e 1818 (cette 3^e éd. porte le nom de J. N. Corvisart seul).
- 102 — Edita : cours élémentaire de « Matière médicale », par Desbois de Rochefort, Paris 1789, 2 vol. in 8°.
- 103 — Traduit : Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres par Max. Stoll (traduit du latin). Paris 1797, in 8°.
- 104 — Traduit : Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis chronicis, excerpti ex H. Boerhaave. Parisiis, 1802, in 8°.

- 105 — Fonda le « Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie », Paris, an IX, 1817. 40 vol. (Corvisart a fourni divers mémoires à ce recueil).
- 106 FREER (GEORGE). — Observations on aneurism and some diseases of the artériel system Birmingham. 1807, in-4°.
- 107 GAILLIARD (G.). — Essai sur l'hypertrophie du cœur. Montpellier 1857, in 8°.
- 108 GENTY (M.). — Laënnec cardiologue (in Paris médical, décembre 1926).
- 109 HELME (F.). — L'œuvre de Corvisart (in Presse médicale, 4 septembre 1909).
- 110 LAËNNEC. — Traité de l'auscultation médiate (par Andral, IV^e éd. Paris 1837).
- 111 LUTEMBACHER. — Les maladies du cœur d'Hippocrate à nos jours (Æsculape, mars 1926).
- 112 MOLLARD. — Laënnec cardiologue (in Lyon médical, 14 novembre 1926).
- 113 PELVET. — Des anévrismes du cœur. Paris Delahaye, 1867, in 8°.
- 114 PIGEAUX. — Traité pratique des maladies du cœur, contenant des recherches historiques et physiologiques spéciales sur cet organe. Paris 1839, in-8°.
- 115 POTAIN. — Clinique médicale de la Charité, 1894. Corvisart et son temps.
- 116 PHILIPP P. J. — Die Kenntniss von den krankheiten des Herzens (De la connaissance des maladies du cœur au XVIII^e siècle, documents pour l'Histoire de la Médecine). Berlin 1856, in 8°.
- 117 RIBIERRE. — L'œuvre de Laënnec dans la pathologie cardiaque. Progrès Médical, 11 déc. 1926.
- 118 WALSER. — La myocardie (thèse Paris 1926).
-

Table des Matières

	Pages
I. — INTRODUCTION	17
II. — LES GRANDS TRAITS DU CARACTÈRE DE CORVISART	21
III. — LES PRÉCURSEURS.....	36
IV. — L'ŒUVRE DE CORVISART.....	55
1) La percussion.....	57
2) L'essai sur les maladies du cœur.....	62
V. — VALEUR ET INFLUENCE DE L'ŒUVRE CARDIOLOGIQUE de CORVISART.....	96
VI. — CONCLUSIONS.....	105
VII. — BIBLIOGRAPHIE	109
